



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**CIBELE D'AVILA KRAMER CAVALCANTI
PATRÍCIA ILHA**

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE VÍTIMA DE MÚLTIPLOS
TRAUMAS: Diagnósticos e propostas de intervenções, baseados em NANDA e
NIC**

**FLORIANÓPOLIS
2012**

**CIBELE D'AVILA KRAMER CAVALCANTI
PATRÍCIA ILHA**

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE VÍTIMA DE MÚLTIPLOS
TRAUMAS: diagnósticos e propostas de intervenções, baseados em NANDA e NIC**

Projeto referente ao Trabalho de Conclusão de
Curso da Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal de Santa Catarina. No
primeiro semestre letivo do ano de 2012.

Orientadora: Dra Kátia Cilene Godinho
Bertoncello

**FLORIANÓPOLIS
2012**

AGRADECIMENTOS

Cibele D'Avila Kramer Cavalcanti

Primeiramente gostaria de dedicar este trabalho ao meu pai Francisco, a minha mãe Rute, a minha madrinha Silvia e minha tia Iara pois sem eles este trabalho e muitos outros sonhos e desejos ao longo da minha vida acadêmica não teriam se realizado.

É difícil agradecer a todas as pessoas que me ajudaram de algum modo nos momentos de alegria e de apreensão, principalmente fazendo parte da minha vida, agradeço a todos de coração.

Agradeço aos meus pais e minha irmã Carolina por fazerem parte do meu dia-a-dia, me aguentarem nos momentos mais difíceis e de estresse, pela paciência e confiança.

Agradeço aos meus tios e primos de Natal pela convivência restrita nos momentos de férias e principalmente pelos conselhos acadêmicos.

Agradeço a minha Tia Iara por me proporcionar profundos momentos de conhecimento científico através de livros e congressos.

Agradeço aos meus bichos de estimação Yasmin, Atila, Frederico, Poti e Apoti que alegraram minha casa e por serem meus companheiros durante as noites de estudos e as manhãs de estágio.

Agradeço a todos os meus amigos que me acompanham desde o colégio, principalmente aqueles que estudaram comigo no Dom Jaime.

Agradeço às minha amigas Hellen, Ana Carolina e Fernanda pelos momentos de companherimos, desabafos e viagem ao longo desses anos.

Agradeço a minha amiga Kamylla por me proporcionar a oportunidade de ser sua amiga e por sempre estar ao meu lado em todos os momentos bons e ruins, me aconselhando.

Agradeço a minha companheira de trabalho de conclusão de curso, Patrícia Ilha, pelos momentos que passamos juntas, principalmente nesses últimos meses de aprendizagem, desculpa se em algum momento a decepcionei de alguma forma, peço desculpa desde de já.

Agradeço aos membros do grupo de pesquisa GEASS pelos momentos de sabedoria e aprendizagem, me especial as professoras Eliane e Kátia, enfermeiro André, Enfermeira Emanuella e Sabrina.

Agradeço aos membros da banca examinadora, que avaliaram o nosso trabalho, contribuindo imensamente para a finalização dele, muito obrigada, pela dedicação, disponibilização de tempo e o compartilhamento de seus conhecimentos, mais uma vez muito obrigada.

Agradeço aos funcionários do Centro de Materiais do Hospital Universitário por me proporcionaram momentos de amizade, em especial minha amiga Eliabe pelos conselhos, e por me fazer entender um pouquinho sobre a enfermagem e o seu trabalho em equipe.

Agradeço a todos os profissionais da área de saúde que apareceram na minha jornada acadêmica, principalmente aos profissionais da Emergência do Hospital Governador Celso Ramos, em especial a equipe de enfermagem e os Enfermeiros Fernanda, José Carlos, Liane, Carla, Aline, Priscila e Nádia, as equipes do SAMU e Bombeiros Militar.

Agradeço aos professores que desempenharam com dedicação as aulas ministradas.

Agradeço a minha orientada professora Dr^a Enfermeira Kátia Bertoncello que com paciência nos orientou e principalmente acreditou em nós ao desenvolver esse “pequeno” trabalho.

Agradeço meu amigo Luiz pelos abraços de urso, e os momentos de vã filosofia sobre a vida e o curso de enfermagem.

Agradeço ao Julio por proporcionar ótimos momentos em minha, me ajudar nos momentos difíceis, principalmente no que se refere a minha falta de alimentação, muito obrigada.

E finalmente agradeço a Deus, por proporcionar estes agradecimentos à todos que tornaram a minha vida mais afetiva, além de ter me dado uma família maravilhosa e pessoas especiais em minha vida. Deus que a mim atribuiu alma e missão pelas quais já não sabia que eu iria batalhar e vencer, agradecer é pouco. Por isso, lutar, conquistar e vencer e até mesmo cair e perder é o principal modo de se aperfeiçoar.

Patrícia Ilha

“Gostaria de agradecer primeiramente a Deus, por estar sempre guiando meu coração e meus caminhos, protegendo me e sempre me mostrando em cada simples gesto, o porque estou aqui.

Agradecer aos meus amados pais e irmão, por me ensinarem a ser como sou, ensinarem me que a vida é muito mais e vai muito além do que podemos ver, por me darem oportunidades de chegar onde cheguei, por estarem ao meu lado, aconteça o que acontecer, aguentarem meus mal humores, por simplesmente fazer o possível e o impossível para me verem feliz. Obrigada por me amarem esse infinito todo. À minha mãe, por ter sido meu principal motivo de estar na Enfermagem, por ser um exemplo de profissional e de amor á

profissão, de esforço, dedicação, inteligência e experiência. Desculpe-me se, em algum momento, decepcionei-a ou falhei com você. Eu te amo muito!

Agradecer em memória ao meu padrinho Hildo Paulo Eich, pois sei que sempre esteve ao meu lado, todos os dias, como meu anjo da guarda, pelos lindos sonhos e pelos seus conselhos.

Agradecer à minha família, por ser tão maravilhosa, estar sempre ao meu lado nessa jornada, incentivando-me, dando apoio, amor e momentos maravilhosos. Em especial à minha madrinha Eloirda, ao meu tio Clemente, à minha prima e Enfermeira Adriana, à minha prima Cristiane, aos meus tios e segundos pais Sônia e Sérgio, aos meus primos de coração Bruno e Renan e tios de coração Márcia e Everaldo. E todos os demais (de São Miguel, Dionísio, Gramado dos Loureiros, e do Brasil a fora) mas não menos importantes no meu coração.

Ao meu namorado Felipe F. Magnabosco, por estar ao meu lado em todos os momentos, por ter me acompanhado há tanto tempo, pelo carinho, amizade e amor. Por ter me aguentado em tantas crises, por sempre me animar, cuidar de mim e ser tão perfeito.

Aos meus maravilhosos amigos, os quais não tenho palavras para descrever, aos que passaram, passam e estão na minha vida. Pelos momentos de riso, de choro, de apreensão e imensa felicidade, que todos os dias me ajudam a construir novos caminhos. Em especial minhas grandes e melhores amigas de sempre, Cintia, Samantha, Maria, Monike, Fernanda, Aline e Bruno, e suas famílias, pelas quais tenho grande carinho e consideração. Aos grandes e inesquecíveis amigos da MINHA TURMA 08.1, uma segunda família que guardo no coração, Turma 07.2, e minha madrinha de universidade Paula Brignol. Sem vocês eu também não chegaria tão feliz ao fim dessa jornada. Aos amigos da Balangolé Buffet, por fazerem parte deste caminho, pelos momentos deliciosos, pelas risadas e pelo trabalho. Em especial, Ucha, Neide, Eliene, Felix, Mayra e Gabriel. Aos amigos do judô que me acompanharam em um momento muito especial da vida, em especial Brunna e Cristina. E minhas eternas JULIETAS de Portugal, outra família que tenho guardada no coração, em especial, Taís, Ingrid, Mayara, Rafaela, Christiane, Iga e Vinícius.

À minha orientadora, Kátia C. G. Bertoncello, pela dedicação, atenção e sabedoria e pelos momentos de grande aprendizado. Pelo exemplo de grande profissional, competente, dedicada, sensível e humana.

Agradecer aos meus mestres e a esta grandiosa Universidade, pelo ensino de qualidade, pelas oportunidades que me ofereceram, pelo apoio, disponibilidade e incentivo. Em especial às Professoras Eliane Nascimento, Rosane Nitschke e Vera Radünz, por terem me mostrado o lado importante, competente, humano, sensível, visionário e do porquê somos enfermeiras e estamos aqui para fazer a diferença.

Ao grupo de pesquisa GEASS e meus queridos colegas, em especial André, Gabriela e Emanuella, pelo compartilhamento de experiências, pelos trabalhos realizados, pelo incentivo e vontade de ser enfermeiros, pelos conselhos, pela amizade e família que formamos. Mãos a obra sempre, vamos publicar!

Assim como aos membros da banca de avaliação deste trabalho, que com certeza contribuíram muito para sua melhoria e finalização. Obrigada por disporem seu tempo, conhecimento e dedicação para nos orientarem.

Às “meninas” técnicas de enfermagem e enfermeira da Ortopedia do Hospital Governador Celso Ramos (HGCR), pelo exemplo de trabalho em equipe, do prazer em trabalhar, da alegria de ajudar ao próximo, a dedicação e esforço, por terem me acolhido, ensinado-me, alegrado-me, espero de todo meu coração que um dia eu tenha o prazer de trabalhar ao lado de uma equipe assim. À Enfermeira Fernanda Nietzsche da Emergência do HGCR, por ter me adotado como sua “pupila”, ensinado-me, incentivado-me, apoiado-me e me mostrado o que é ser uma enfermeira com presença e liderança e pela amizade que formamos. Admiro-te e a tenho como exemplo. Aos demais funcionários desta mesma unidade, que foram atores principais na realização deste trabalho e do estágio final. Ensinarão-nos muito, compartilharam muitas experiências, serviram-nos de apoio, de exemplo e como amigos. Obrigada por nos terem acolhido com tanto carinho, em especial a Enfª Aline, o Enfº José Carlos, a Enfª Priscila, Enfª Eliane e Enfª Carla, nossos queridos, dedicados e atenciosos supervisores e amigos, e as Tec. de Enfermagem Simone, Anete e Patrícia nossas “staffs” grandes amigas, colegas e exemplos de profissionais.

À minha colega, amiga e companheira Cibele D’Avila K. Cavalcanti, pela paciência, apoio, companheirismo, amizade e carinho. Por ter participado dessa etapa tão importante em minha vida para realizarmos esse lindo e prazeroso trabalho, por dividir esse sonho e estar sempre ao meu lado. Peço desculpas se em algum momento falhei ou te magoei. Sempre estará em meu coração. Ainda temos uma longa jornada juntas!

E, finalmente, e tão importante quanto, a eles, o motivo maior por eu estar aqui, o motivo maior pelo qual estudei e estudo, a alegria dos meus plantões, os sorrisos, os choros, os carinhos, os aprendizados, os maiores professores, os que doam sua vida para que outras pessoas aprendam a salvar outras vidas: meus queridos pacientes, que muitas vezes foram muito pacientes mesmo. E os prometo que devolverei em dobro tudo que me proporcionaram, que continuarei os cuidando, cuidando de suas famílias e amigos, como se fossem meus.

OBRIGADA!

*“O universo do cuidar é muito mais abrangente que o de curar. Podemos não curar sempre,
mas sempre podemos cuidar e diminuir o sofrimento”*

Camargo e Lopes

Cibele D'Avila Kramer Cavalcanti

Patrícia Ilha

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE VÍTIMA DE MÚLTIPLOS
TRAUMAS: diagnósticos e propostas de intervenções, baseados em NANDA e NIC**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado e aprovado para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem pelo Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina

Florianópolis 29 de Junho de 2012

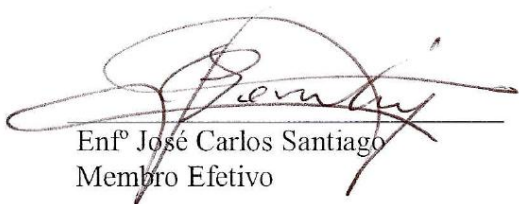
BANCA EXAMINADORA



Dr^a Enf^a Kátia Cilene G. Bertoncello
Orientadora



Dr^a Enf^a Lucia Nazareth Amante
Membro Efetivo



Enf^o José Carlos Santiago
Membro Efetivo

Dr^a Enf^a Eliane Regina do Nascimento
Membro suplente



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 231.9480 - 231.9399 Fax (048) 231.9787

DISCIPLINA: INT 5162- ESTÁGIO SUPERVISIONADO II
PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE CURSO

- As alunas atenderam as solicitações de
correções da banca examinadora. Nota Final = 40
H. B. D. (05/07/2012).

2

CAVALCANTI, Cibele D'Avila Kramer; ILHA, Patrícia. **CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE VÍTIMA DE MÚLTIPLOS TRAUMAS: diagnósticos e propostas de intervenções, baseados em NANDA e NIC.** 2012. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.2012.

RESUMO: O objetivo do presente estudo foi identificar o perfil do paciente atendido em um hospital público referência em traumatologia do sul do país a partir deste perfil, identificar os diagnósticos e intervenções de Enfermagem para o cuidado dos pacientes acometidos por múltiplos traumas. Sendo os diagnósticos de Enfermagem segundo a Taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) Internacional e as intervenções de acordo com a classificação da *Nursing Interventions Classification* (NIC). Os dados foram coletados pelas pesquisadoras, sendo a amostra constituída por 41 pacientes, que deram entrada na emergência através de um serviço de atendimento pré hospitalar, no período de fevereiro à abril de 2012, maiores de 18 anos de ambos os sexos, que não se encontrassem gestantes. Após a coleta de dados, utilizando um instrumento elaborado pelas pesquisadoras, com base na ficha de atendimento da Polícia Rodoviária Federal, que tem foco no paciente traumatizado. A partir dos dados foi identificado o perfil destes pacientes, em sua maioria (82,9%) foram do sexo masculino, motociclistas (51,2%), que apresentaram algumas alterações nas funções vitais como: taquipnéia, taquicardia, elevação da pressão arterial e hipotermia, tendo como principais áreas traumatizadas, os membros superiores e inferiores, a face e o crânio. Posteriormente foi realizada a identificação dos problemas, seguida da identificação dos diagnósticos de enfermagem, com suas características definidoras e os fatores relacionados, utilizando-se para isso o processo de raciocínio diagnóstico de Risner (1990), cujas etapas são a análise e a síntese. Foram identificados 20 diagnósticos de Enfermagem de risco e 25 diagnósticos de Enfermagem reais. Neste estudo, analisamos os diagnósticos que obtiveram uma frequência igual ou maior que 50% dos pacientes investigados, num total de 12 diagnósticos de risco e 12 diagnósticos reais. Foram propostas um total de 172 intervenções de Enfermagem, para esses pacientes vítimas de múltiplos traumas, segundo a classificação do NIC.

DESCRIPTORIOS: Traumatismo Múltiplo. Diagnóstico de Enfermagem. Enfermagem em Emergência. Processos de enfermagem.

LISTA DE ABREVIATURAS

APH - Atendimento Pré Hospitalar
APVP - Anos Potenciais de Vida Perdidos
ATLS - *Advanced Trauma Life Support*
CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
COFEN - Conselho Federal de Enfermagem
DE - Diagnóstico de Enfermagem
DeSCS - Descritores em Ciências da Saúde
ECG - Escala de Coma de Glasgow
FSC - Fluxo Sanguíneo Cerebral
HGCR - Hospital Governador Celso Ramos
LCT - Lesão Cerebral Traumática
LILACS - Literatura Latino- Americana em Ciências de Saúde
MS - Ministério da Saúde
NANDA - *North American Nursing Diagnosis Association*
NIC - *Nursing Interventions Classification*
NOC - *Nursing Outcomes Classification*
OMS - Organização Mundial da Saúde
PE - Processo de Enfermagem
PHTLS - *Prehospital Trauma Life Support*
SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SC - Santa Catarina
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCE - Traumatismo Crânio Encefálico

LISTA DE TABELAS

TABELAS	PG.
Tabela 1 - Resultados obtidos na base de dados LILAC	27
Tabela 2 - Resultado da segunda análise dos trabalhos, conforme os descritores (LILACS)	29
Tabela 3 - Caracterização dos pacientes acometidos de múltiplos traumas atendidos em um hospital do sul do país – Florianópolis/SC	45
Tabela 4 - Alterações fisiológicas sofridas pelos pacientes acometidos de múltiplos traumas atendidos em um hospital do sul do país – Florianópolis/SC	47
Tabela 5 - Área corporal lesada dos pacientes acometidos de múltiplos traumas atendidos em um hospital do sul do país – Florianópolis/SC	48
Tabela 6 - Frequência de diagnóstico reais segundo a Taxonomia da NANDA-II em pacientes vítima de múltiplos traumas, Florianópolis, 2012.	61
Tabela 7 - Frequência de diagnóstico de risco segundo a Taxonomia II da NANDA em pacientes vítima de múltiplos traumas, Florianópolis, 2012.	80

LISTA DE QUADROS

QUADROS	PG.
Quadro 1- Artigos selecionados por período, local e ano de publicação(LILACS)	29
Quadro 2- Diagnósticos de enfermagem analisados por número de trabalhos que o citaram na literatura.	33
Quadro 3- Diagnósticos reais de Enfermagem mais frequentes com suas características definidoras e fatores relacionados, Florianópolis, 2012.	63
Quadro 4- Diagnósticos reais de enfermagem e Intervenções, Florianópolis, 2012	65
Quadro 5- Diagnósticos de Risco de Enfermagem mais frequentes com suas características definidoras e fatores relacionados, Florianópolis, 2012	82
Quadro 6- Diagnósticos de Risco de enfermagem e Intervenções, Florianópolis, 2012	84

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVO GERAL	17
2.1 Objetivos Específicos	17
3. REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1 Levantamento das Produções – Revisão Integrativa	25
4. METODOLOGIA.....	34
4.1 Tipo de Estudo	34
4.2 Local do Estudo	35
4.3 População e Amostra	35
4.3.1 Critérios de Inclusão.....	36
4.3.2 Critérios de Exclusão	37
4.4 Coleta de Dados	38
4.4.1 Análise dos dados coletados.....	39
4.4.2 Instrumento.....	40
4.5 Aspectos Éticos	40
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
5.1 – Artigo 1 - PERFIL DO PACIENTE VÍTIMA DE MÚLTIPLOS TRAUMAS ATENDIDO EM UM HOSPITAL ESTADUAL REFERÊNCIA DO SUL DO PAÍS	41
5.2 – Artigo 2 - DIAGNÓSTICOS REAIS E PROPOSTA DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA OS PACIENTES VÍTIMAS DE MÚLTIPLOS TRAUMAS: NANDA E NIC	57
5.3 – Artigo 3 - DIAGNÓSTICOS DE RISCO E PROPOSTAS DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES VÍTIMAS DE MÚLTIPLOS TRAUMAS: NANDA E NIC	76

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
REFERÊNCIAS	98
APÊNDICES	101
ANEXOS	106

1 INTRODUÇÃO

A dedicação e atenção são importantes fatores ao prestar assistência ao paciente que busca atendimento na emergência, isso ocorre devido às situações desafiadoras do dia-a-dia dos profissionais de enfermagem na emergência (SMELTZER, BARE, 2009).

O cuidar, no sistema hospitalar é de responsabilidade dos profissionais de enfermagem (enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de enfermagem). O enfermeiro assistencial tem a atribuição de diagnosticar, prescrever os cuidados de enfermagem, coordenar a sua equipe visando uma assistência qualificada ao paciente, a fim de proporcionar ao individuo um cuidado eficaz.

No atendimento ao paciente vítima de múltiplos traumas (politraumatizados) não é diferente, o enfermeiro deve utilizar seus conhecimentos teóricos-científicos e práticos para prestar cuidados a fim de reduzir os danos e potencializar o tratamento.

No ano de 2010 ocorreram 40.610 mortes fatais no trânsito brasileiro, sendo que 25% desses óbitos foram de motociclistas, chegando a 145 mil internações no Sistema Único de Saúde (SUS), no Estado de Santa Catarina (SC) foram 1.862 óbitos, desses 557 ocorreram devido a acidentes de moto. “Os números revelam que o país vive uma verdadeira epidemiologia de lesões e mortes no trânsito” Ministério da Saúde (MINISTÈRIO DA SAÚDE, 2010 Fonte:<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/2955/162/acidentes-de-transito-matam1.862-pessoas-em-sc.html>)

O Brasil ocupa o quinto lugar em ocorrências de acidentes de trânsito, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), estando atrás da Índia, China, Estados Unidos da América e Rússia. A cada dia, 16.000 mil pessoas morrem de lesão traumática, mas para cada vítima que morre, há muitas outras que sobrevivem, contudo com sequelas para toda a vida. As lesões por trauma são consideradas um problema de saúde publica de grande magnitude e transcendência (WORLD HEALTH ORGANIZACION, 2004; BRASIL, 2012).

A partir de políticas públicas para o controle e diminuição da ocorrência de lesão trauma, o Ministério da Saúde (MS), criou a portaria nº 737/01, 16 de maio de 2001, com objetivo a redução dos Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) estabelecendo uma série de medidas para a redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Vale salientar que entre 1981 a 1991, houve um aumento de 30% do APVP, tendo como causa principal para

este aumento, a criação de políticas públicas, diretrizes e responsabilidades institucionais dos profissionais e gestores em saúde (BRASIL, 2001).

Consequente a esta publicação, o MS lançou em 2002 a Portaria n° 2048, que tem como objetivo a promoção da qualidade de vida dos usuários do serviço de atendimento as urgências e emergência de referência, buscando a universalidade, integralidade do atendimento da vítima de trauma/violência, do pré-hospitalar ao intra-hospitalar (BRASIL, 2002).

O enfermeiro tem um papel fundamental na assistência à vítima de trauma e para sistematizar os conhecimentos da Enfermagem, se faz necessário o surgimento e desenvolvimento do Processo de Enfermagem, que visa o cuidado ao ser humano e o atendimento de suas necessidades humanas básicas (HORTA, 1979). Tal processo é dividido em estruturas que se complementam: Histórico de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Planejamento de Enfermagem; Implementação e Avaliação Enfermagem (COFEN, 2009).

Vale salientar ainda, que o enfermeiro é um dos profissionais que está diretamente envolvido no atendimento assistencial à vítima de acidentes por trauma/violência sendo este responsável por realizar a avaliação desse paciente e estabelecer estratégias de assistência adequadas e livres de danos (COFEN, 2011).

Durante as atividades teórico-práticas da sétima fase do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, vivenciamos a dinâmica de um serviço de emergência de um hospital de grande porte da região da grande Florianópolis. Esta vivência despertou o interesse e a reflexão acerca da assistência de enfermagem que é prestada ao paciente politraumatizado.

Além disso, as experiências extra-acadêmicas das autoras da pesquisa no atendimento pré-hospitalar a vítimas de acidentes de trânsito, contato com profissionais da mesma área, e participação em grupo de pesquisa sobre o estudo relacionado, trouxeram o interesse em levantar o perfil das vítimas atendidas na urgência e emergência do Hospital Governador Celso Ramos, por ser um serviço referência e, a partir dos aspectos levantados, identificar os principais diagnósticos de enfermagem e propor as intervenções de cuidados para esses pacientes.

Respondendo aos seguintes questionamentos: Qual é o perfil do paciente vítima de múltiplos traumas atendidos na emergência do Hospital Governador Celso Ramos na cidade de Florianópolis no Estado de Santa Catarina?;

Quais são os principais diagnósticos e intervenções de enfermagem, segundo Taxonomia da NANDA e NIC, que a população vítima de múltiplos traumas, atendida na emergência do Hospital Governador Celso Ramos na cidade de Florianópolis no Estado de Santa Catarina apresentam?

2 OBJETIVO GERAL

Apresentar uma proposta de intervenções de enfermagem a partir dos diagnósticos identificados segundo a NANDA Internacional para os pacientes vítimas de múltiplos traumas atendidos no contexto da unidade de emergência de um Hospital Público Estadual do Sul do país de referência regional para ortopedia e traumatologia.

2.1 Objetivos Específicos

Levantar o perfil do indivíduo vítima de múltiplos traumas assistido na unidade de emergência do Hospital Governador Celso Ramos na cidade de Florianópolis, Estado de Santa Catarina;

Identificar os diagnósticos de Enfermagem de acordo com a Taxonomia II da NANDA Internacional 2009-2011 (*North American Nursing Diagnosis Association*), dirigidos à vítima de múltiplos traumas assistida na unidade de emergência do Hospital Governador Celso Ramos na cidade de Florianópolis, Estado de Santa Catarina;

Propor intervenções de Enfermagem baseadas no *Nursing Interventions Classification* (NIC 2011) para assistência mais qualificada e específica ao paciente vítima de múltiplos traumas atendido no Hospital Governador Celso Ramos na cidade de Florianópolis, Estado de Santa Catarina, a partir dos mais frequentes diagnósticos da Taxonomia II da NANDA Internacional 2009-2011.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Enfermagem de Emergência é a prestação de cuidado a todo paciente com necessidade crítica. A enfermeira de emergência proporciona o cuidado de acordo com suas prioridades (SMELTZER, BARE, 2009).

A unidade de Urgência e Emergência deve estar pronta para atender a qualquer momento o paciente vítima de trauma, sendo o planejamento um instrumento essencial para o cuidado de enfermagem. Para isso deve ter uma equipe treinada e coordenada nas ações e equipamentos disponíveis o que influencia positivamente no atendimento a vítima de trauma (ATLS, 2004).

O trauma não possui uma só definição, pois é um evento amplo, STEINMAN, FIGUEIREDO E JUNIOR (2009) definem como um evento onde há laceração funcional, com ou sem tradução morfológica, perceptível ou não à primeira vista, devido à liberação de energia cinética (STEINMAN, FIGUEIREDO, JUNIOR, 2006). Acidentes automobilísticos, intoxicação, queda, afogamentos, incêndios, queimaduras são exemplos de traumas não intencionais. Já intoxicação, enforcamento, afogamento, arma de fogo e brancas são consideradas lesões intencionais (ARESCO, 2011).

Múltiplos traumas são o aparecimento de múltiplas lesões, causados por danos sistêmicos significativos como falha ou disfunção órgãos vitais em pacientes vítimas de trauma, eles podem ser intencional ou não (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O tratamento a essa vítima requer uma avaliação rápida das lesões e instituição de medidas terapêuticas de suporte avançado de vida. O atendimento a essa vítima é dividido basicamente em dois cenários, o pré-hospitalar e o intra-hospitalar, esses dois ambientes devem estar devidamente coordenados para uma observação contínua ao doente (ATLS, 2004; STEINMAN, FIGUEIREDO, JUNIOR, 2006).

O bom prognóstico desses pacientes está diretamente relacionado aos cuidados iniciais prestados, principalmente nas primeiras horas após o trauma, a golden hour, cuidados inadequados/iatrogênicos nessa hora contribuem para um mal prognóstico (STEINMAN, FIGUEIREDO, JUNIOR, 2006).

O atendimento ao paciente vítima de trauma é definido em nove etapas, segundo o ATLS (2004): preparação; triagem; exame primário (ABCDEs); reanimação; medidas auxiliares ao exame primário e à reanimação; exames secundários (da cabeça aos pés) e história; medidas auxiliares ao exame secundário; reavaliação e monitoração contínua após a reanimação e cuidados definitivos.

A triagem é o momento de chegada do paciente à emergência, ali são definidas as ações baseadas nos recursos disponíveis para o suporte de vida da vítima, esse atendimento é fundamentada na sequência do ABCDEs (exame primário) (ATLS, 2004).

No exame primário as ações em saúde são estabelecidas de acordo com as lesões, sinais vitais e mecanismo de lesão, as feridas devem ser tratadas conforme sua prioridade. O atendimento inicial é baseado no exame primário rápido, reanimação das funções vitais, exame secundário e o início do tratamento do paciente, este processo é conhecido como ABCDE dos cuidados ao paciente traumatizado (ATLS, 2004; GONÇALVES, 2009).

A: vias aéreas com proteção da coluna cervical;

B: Respiração e ventilação;

C: Circulação com controle de hemorragia;

D: Incapacidade, estado neurológico, e

E: Exposição/controle do ambiente, despir o paciente, todavia ficar atento a hipotermia.

Assegurar uma via aérea pérvia é o primeiro cuidado (A) ao paciente vítima de múltiplos traumas, ao abrir as vias aéreas o profissional deve realizar uma avaliação rápida na cavidade oral e observar a presença de corpos estranhos e fraturas faciais, o fato de o doente está responsivo e verbalizando não quer dizer que as vias áreas não deva ser avaliadas. Ao realizar a avaliação das vias áreas o profissional deve tomar cuidado na manipulação da coluna cervical do traumatizado, evitando a hiperextensão, hiperfletindo ou rotacionando a coluna do doente. A imobilização da coluna deve ser feita usando o dispositivo de segurança, por exemplo colar cervical (ATLS, 2004; STEINMAN, FIGUEIREDO, JUNIOR, 2006).

A troca de gases adequada é necessária para que seja possível a oxigenação e eliminação do gás carbônico, a avaliação do tórax através da inspeção, a palpação e a ausculta, faz parte do procedimento B da avaliação primária, para proporcionar ao paciente a respiração e ventilação adequada (ATLS, 2004; STEINMAN, FIGUEIREDO, JUNIOR, 2006).

A terceira etapa (C) é a avaliação da circulação, pois manter a volemia no paciente politraumatizado é essencial para a sua evolução, a euvolemia permite que ao oxigênio e nutrientes cheguem à célula. Por outro lado, já que a hemorragia é a principal causa de morte após o trauma (STEINMAN, FIGUEIREDO, JUNIOR, 2006).

Avaliação do nível de consciência (D) é baseada no tamanho das pupilas, sua reação, sinais de lateralização, o nível de lesão da medula espinhal e a realização da Escala de Coma de Glasgow (ECG) (ATLS, 2004).

Todo paciente vítima de trauma deve ser examinado globalmente (E), ou seja, suas roupas devem ser retiradas para uma melhor avaliação/visualização do corpo, esse momento é

conhecido com exposição e prevenção de hipotermia, entretanto a equipe deve estar atenta à oscilação de temperatura (ATLS, 2004; GONÇALVES, 2010).

A fase de estabilização dos sinais vitais inclui adoção de medidas agressivas de reanimação e o tratamento de todas as lesões potencialmente fatais. À medida que elas são identificadas, a possibilidade de sobrevivência do doente é maximizada, esse momento é conhecido como reanimação (ATLS, 2004).

O exame secundário é baseado na anamnese detalhada do doente vítima de trauma, a verificação dos sinais vitais (frequência respiratória, cardíaca, saturação de oxigênio, temperatura, pressão arterial) e realização da ECG e levantamento da história saúde do paciente, para isso utiliza-se o “AMPLA” uma fórmula rápida de obter estas informações (GONÇALVES, 2010).

A: Alergia;

M: Medicamentos de uso habitual;

P: Passado médico;

L: Líquidos e alimentos ingeridos, e

A: Ambientes e eventos relacionados ao trauma.

O paciente vítima de múltiplos traumas pode apresentar trauma crânio encefálico, facial, raquimedular, torácico, abdominal e musculoesquelético. O Prehospital Trauma life support (2011) traz outra nomenclatura para o traumatismo crânio encefálico (TCE), ele aborda como lesão cerebral traumática (LCT), essa lesão pode ser dividida em duas categorias, primárias e secundárias.

A lesão primária é o impacto direto sobre o encéfalo, envolvendo as estruturas vasculares, nesse tipo de lesão observamos contusões, hemorragias, lacerações e outras lesões diretas no cérebro, vasos e membranas (PHTLS, 2011).

A lesão secundária pode-se dizer que é a continuidade da lesão primária, ou seja, no momento em que ocorre o impacto, inicia-se o processo fisiopatológico que pode durar horas, dias, semanas, até mesmo meses. Elevação da pressão intra craniana (PIC), movimentos mecânicos, hipóxia causada pela oxigenação inadequada, levando a uma insuficiência respiratória e/ou circulatória, hipotensão, fluxo sanguíneo cerebral (FSC) inadequado podem causar uma má perfusão tissular cerebral, esse FSC reduz a liberação de energia (glicose) para o cérebro e a lise celular são mecanismos de lesão secundária (PHTLS, 2011).

São causas intracranianas: efeito de massa, herniação, isquemia, edema cerebral, hematomas intracranianos, hipertensão, por outro lado, já hipotensão, hipóxia, anemia, hipocapnéia, hipercapnia, hipo e hiperglicemia e convulsões são causas extracraniana (PHTLS, 2011).

A lesão no trauma de face pode variar de uma abrasão cutânea à lesões mais complexas, onde há comprometimento de partes moles, com associação de fratura de face, podendo ou não está associado ao TCE (STEINMAN, FIGUEIREDO, JUNIOR, 2006). A principal complicação no trauma de face é a obstrução das vias aéreas e lesão na coluna cervical, neste caso a imobilização da coluna se faz necessário (SMELTZER; BARE, 2009).

A obstrução das vias áreas pode ser total ou parcial, a obstrução total pode levar a hipóxia e a hipercapnia e parada respiratória e/ou cardíacorespiratória. A queda brusca da saturação de oxigênio é um sinal da má perfusão tecidual, levando a déficit de perfusão tissular cerebral ocasionando rebaixamento do nível de consciência. Presença de estertor respiratório, respiração com esforço, uso de musculatura acessória, narinas dilatadas, ansiedade inquietação confusão mental progressiva são alguns sinais de uma má oxigenação em decorrência de obstrução de vias áreas (SMELTZER, BARE, 2009).

Trauma torácico deve ser bem investigado em pacientes vítimas de múltiplos traumas principalmente se houver grande quantidade de energia envolvida na cinemática do trauma (FARO; TUONO, 2009). A lesão inicial (primária) que ocorre logo após o trauma resulta em contusão, hemorragia, rompimento, laceração da medula, já a lesão secundária são os processos celulares (bioquímicos) em cascata podendo levar a morte celular com efeitos sistêmicos (FARO; TUONO, 2009). A ausência de dor e hipersensibilidade no paciente consciente geralmente exclui a possibilidade de uma lesão na coluna, contudo se o doente apresenta diminuição do nível de consciência à exclusão de lesão não é tão simples (ATLS, 2004).

A condição de choque medular é estabelecida logo após a lesão medular, esse fenômeno é a abolição repentina de diversas influencias inibitórias e excitatórias sobre os neurônios, já disfunção esfinterianas e sexuais são sinais de alteração no sistema nervoso autônomo (FARO; TUONO, 2009).

O índice de mortalidade no trauma torácico é elevado, o enfermeiro deve atentar-se para o paciente, sempre o reavaliando através da observação, palpação, ausculta do tóraca. As lesões são observadas em traumas fechados e/ou penetrantes. Anatomicamente a caixa

torácica abriga clavícula, esterno, escápula e as musculaturas acessórias protegem os órgãos pulmões, coração, grandes vasos e vísceras superiores abdominais subjacentes, um trauma nessa região pode levar a situações graves (ATLS, 2004; SALEH, 2009).

O impacto nessa região pode levar a uma anormalidade ventilatória. A hipóxia, hipercapnia são sinais do desse tipo de lesão, a oxigenação inadequada leva a uma hipóxia tecidual causado pela perda ativa de sangue causada pelas alterações da relação ventilação/perfusão pulmonar (contusão, hematoma, colapso alveolar, dentre outros) e por alterações nas relações da pressão intratorácica (pneumotórax hipertensivo, pneumotórax aberto e outros).

Já a hipercapnia resulta frequentemente de ventilação inadequada, em consequência de alterações na pressão intratorácica e rebaixamento do nível de consciência. A hipoperfusão dos tecidos, causada pelo choque, leva a uma acidose metabólica dos tecidos (ATLS, 2004).

A região abdominal é uma das regiões do corpo mais acometidas por pacientes que sofrem trauma. O trauma abdominal pode ser dividido em dois grupos trauma penetrante e fechado (ATLS, 2004; JÚNIOR, CALIL, 2006).

O trauma fechado é o impacto direto, acontece principalmente em acidentes automobilísticos, causando compressão ou esmagamento de vísceras abdominais causados pelo impacto direto sobre uma superfície. As energias produzidas pela desaceleração do corpo sobre essa superfície deformam as vísceras ocas ou parenquimatosas, levando a sua ruptura muitas vezes, evoluindo para uma hemorragia, essa desaceleração também pode levar ao deslocamento desigual dos órgãos (ATLS, 2004).

O trauma penetrante é causado por arma branca ou de fogo, produzindo uma lesão tecidual. No ferimento por arma branca há menos liberação de energia, assim lesando os tecidos adjacentes, já o ferimento por arma de fogo tem uma maior magnitude em decorrência de sua trajetória pelo corpo e pela maior liberação de energia cinética, ricocheteamento de estruturas ósseas e a criação de projetos secundários (ATLS, 2004).

A pelve no nosso corpo tem a função de proteção, suporte e hematopoiese, formada por um conjunto de ossos, ísquio, ílio, púbis, sacro e cóccix, sua estabilidade depende diretamente dos ligamentos sacro-ilíacos posteriores, sacro-tuberoso e sacro-espinhoso. Sendo ricamente vascularizada, desta forma muitas vezes o trauma pélvico pode levar a hipovolemia, consequentemente ao choque hipovolêmico (JÚNIOR, CALIL, 2006).

O trauma musculoesquelético ocorre em 85% dos pacientes que sofreram trauma fechado, mas dificilmente levam ao risco imediato de vida ou do membro. Ao examinar a vítima de trauma a ocorrência de lesão musculoesquelética grave indica que o paciente foi submetido às grandes forças cinéticas (ATLS, 2004).

Nas lesões de membros podemos encontrar fraturas de osso, síndrome compartimental e síndrome do esmagamento (rabdomiólise traumática) (ATLS, 2004).

A síndrome compartimental acontece quando a pressão no compartimento osteofacial é suficiente para produzir isquemia e necrose subsequente, causada pelo aumento do tamanho do conteúdo do compartimento, uma causa da síndrome são os curativos muito apertados ou até mesmo o edema, podendo ocorrer em qualquer lugar do músculo (ATLS, 2004).

A rabdomiólise traumática ocorre devido ao esmagamento de massa muscular volumosa, sendo a combinação de uma lesão muscular direta, isquemia muscular e morte celular (lise), levando a liberação de mioglobulina, essa proteína é levada até o rim podendo causar insuficiência renal aguda (ATLS, 2004). Pacientes que sofreram fratura de ossos longos tanto em membro superior quanto inferior apresenta uma maior probabilidade de ter lesão em tronco, podendo levar a embolia gordurosa que é uma complicação de fraturas desses ossos, podendo evoluir para uma insuficiência pulmonar e comprometimento da função neurológica (ATLS, 2004).

O enfermeiro deve avaliar continuamente o paciente politraumatizado, pois as lesões às vezes passam despercebidas (ARESCO, 2004).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), através da Resolução nº 358/2009, determina a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) sendo uma atividade privativa do enfermeiro, um método utilizado para identificação do processo de saúde/doença do paciente dos serviços de saúde, contribuindo assim para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação do paciente de acordo com os princípios do SUS (COFEN, 2009).

A SAE proporciona uma avaliação contínua e metódica do paciente, o enfermeiro tem a incumbência de realizar o Processo de Enfermagem (PE), sendo um método de planejamento da assistência de enfermagem, compreendido na coleta de dados de enfermagem (ou histórico de enfermagem), diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem de uma forma deliberativa e

sistêmica, com o objetivo de atender todas as necessidades humanas básicas do paciente (COFEN, 2009).

Esta sistematização da prática assistencial de enfermagem vem proporcionar prática do enfermeiro e da equipe de enfermagem no âmbito pré e intra-hospitalar propiciando assim uma assistência adequada e de qualidade ao paciente vítima de trauma, a qual permite que o enfermeiro determine a resposta do paciente às prescrições de enfermagem e a extensão em que os objetivos foram alcançados (COFEN, 2009; SMELTZER; BARE, 2009). Desde a década de 50 vem sendo implantado como o principal modelo de assistência de enfermagem. No Brasil, a SAE começou a ser implantada com maior ênfase em alguns Serviços de Enfermagem nas décadas de 1970 e 80 (YURA, 1967 apud AVENA, 2011; IYER, 1993 apud AVENA, 2011).

A sistematização adequada propicia um cuidado baseado nos métodos científicos, organizados em etapas de prestação da assistência. É dito de qualidade, pois propicia a reflexão e avaliação contínua do indivíduo sob cuidado de enfermagem, do processo saúde-doença e suas manifestações, do profissional que o desenvolve e dos métodos terapêuticos aplicados, garantindo assim o controle da qualidade dos serviços.

Com o objetivo de padronizar a linguagem de comunicação do enfermeiro com a sua equipe acerca da assistência, diferentes sistemas de classificação foram criados como a Nursing Interventions Classification (NIC), a Nursing Outcomes Classification (NOC), a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), entre outras (TRUPPEL, MEIER, 2009).

O principal objetivo da NANDA Internacional é aperfeiçoar o tempo do enfermeiro na elaboração dos diagnósticos, consequentemente tendo mais tempo para a assistência direta ao paciente e sua família. A NIC traz as intervenções de enfermagem no cuidado direto ou indireto do paciente (TRUPPEL, MEIER, 2009).

Baseadas neste princípio, como instrumento dessa prestação de assistência e método de avaliação por diagnósticos, a Taxonomia da NANDA Internacional que é editada após conferências bianuais, desde 1994, por um comitê que analisa e categoriza diagnósticos que são propostos, passados por uma revisão analítica sistemática, para que seja determinada a coerência com os critérios estabelecidos para um diagnóstico de enfermagem. Todos os envios para revisão passam, depois, por estágios, conforme as evidências que oferecem suporte ao nível de desenvolvimento, ou à validação (NANDA, 2009).

A NIC, juntamente com a NANDA Internacional e o conhecimento teórico-científico do enfermeiro é um instrumento que possibilita ao profissional uma maior viabilidade de aplicar a assistência de enfermagem ao paciente, visando prognóstico favorável, através dos cuidados de enfermagem. Estando mais relacionada às intervenções dos diagnósticos levantados (PERES; CRUZ; LIMA, 2009).

Vale salientar ainda que, o enfermeiro é um dos profissionais que está diretamente envolvido no atendimento assistencial a vítima de acidentes por trauma/violência sendo este responsável por realizar a avaliação desse paciente e estabelecer estratégias de assistência adequadas e livres de danos (COFEN, 2011).

Seguindo o raciocínio da SAE, o PE proporciona uma estrutura para resolução da situação crítica do paciente (SMELTZER, BARE, 2009).

3.1 Levantamento das Produções – Revisão Integrativa

Atualmente, o Brasil é o quinto colocado em número de ocorrências de acidentes de trânsito, estando atrás apenas da Índia, China, EUA e Rússia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004), sendo considerado, portanto, uma epidemia. Anualmente, esses números apresentam um crescimento alarmante. Diariamente, morrem cerca de 16.000 mil pessoas por lesões traumáticas. Para cada vítima que morre muitas outras sobrevivem, contudo com sequelas para toda a vida. As lesões por trauma são consideradas um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência (BRASIL, 2002).

Cabe aos governantes tomarem medidas em grandes escalas para redução destes números através da educação, com campanhas, informações e conscientização da população. E também, de uma maneira pontual, no tratamento destas vítimas, com investimentos nas instituições de saúde, capacitando e preparando as equipes profissionais, proporcionando ambiente e equipamentos necessários para a assistência de saúde adequada.

O enfermeiro tem um papel fundamental na assistência à vítima de trauma. Para que haja uma sistematização dos conhecimentos da enfermagem, desenvolveu-se o Processo de Enfermagem, o qual visa assistência integral e humanizada que atenda as necessidades humanas básicas. Tal processo é dividido em seis etapas que se complementam, sendo elas: Histórico de Enfermagem, Levantamento dos Problemas, Diagnóstico de Enfermagem, Plano,

Intervenções de Enfermagem ou Prescrições de Enfermagem e Evolução de Enfermagem (HORTA, 1979).

Para a aplicação deste Processo no cotidiano das instituições de saúde, há uma necessidade de uma constante atualização, desenvolvimento de novas sistemáticas, conhecimento da população alvo e outros importantes fatores que facilitam e potencializam esta assistência, sendo importante aprofundar o conhecimento do fenômeno a partir de estudos anteriores. Este método constitui um instrumento da Prática Baseada em Evidências, mantendo então os profissionais mais informados para a tomada de decisões, tornando as práticas de saúde mais eficazes (WEBSTER, 2002), assim como também possibilita uma compreensão abrangente dos problemas pertinentes aos cuidados de saúde, como os relacionados aos cuidados de enfermagem, ao impacto da doença e/ou do tratamento (SOUSA, SILVA e CARVALHO, 2010).

A prática baseada em evidências é uma abordagem que preconiza a utilização de resultados de pesquisas na prática clínica, sendo a revisão integrativa um de seus recursos e, por conseguinte, empregada neste estudo com o objetivo de avaliar as evidências disponíveis sobre os fatores presentes no processo de enfermagem na unidade de emergência, com foco principal nos diagnósticos.

Desse modo, a revisão integrativa aprofunda a busca por trabalhos que deem subsídios mais concretos para comparação das características e processos que envolvem os cuidados prestados ao paciente vítima de traumas múltiplos. Esse método nos auxilia a sintetizar os resultados de pesquisas relevantes e mundialmente reconhecidas, o que proporciona uma troca e ampliação do conhecimento, formando ideias mais consolidadas e fundamentadas para o exercício profissional (MENDES, SILVEIRA e GALVÃO, 2012).

Para construção da revisão integrativa, foram percorridas seis etapas: seleção das palavras-chave, definição da base de dados para busca, estabelecimento dos critérios para seleção da amostra, análise geral dos resultados da busca, construção e preenchimento de um formulário para registro dos dados coletados, análise dos dados e interpretação dos resultados (BEYAEA e NICOLL, 1988).

Procurou-se identificar a procedência, o tipo de estudo, os descritores, o objetivo da pesquisa, a metodologia, os resultados e a sua relação com a temática deste trabalho, sintetizando, assim, a amostra para análise. Esses resultados foram codificados com números e identificados com o título do trabalho.

Optou-se como base de dados para realização da pesquisa a Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS), sendo selecionados apenas os trabalhos publicados dentro do período dos últimos cinco anos - de janeiro de 2007 até maio de 2012 - sendo realizada esta busca nos meses de março, abril e maio de 2012.

Através dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), foram selecionados seis descritores para pesquisa, sendo eles: Diagnóstico de Enfermagem, Registros de Enfermagem, Planejamento de Assistência ao Paciente, Processos de Enfermagem, Enfermagem em emergência e Traumatismo Múltiplo. A partir destes descritores, foram realizados dez cruzamentos, associando-os entre si, sendo excluídos os descritores e os cruzamentos repetidos ou com resultado nulo.

A partir dos descritores e do cruzamento entre eles, cinco resultados se mostraram produtivos para a constituição da amostra seguindo os seguintes critérios: textos na forma de artigos e teses e dissertações disponíveis na íntegra nos idiomas português, espanhol ou inglês.

Foram realizadas três etapas de análise para seleção da amostra. A primeira etapa do processo de seleção dos trabalhos se deu pela leitura dos títulos dos trabalhos, sendo, então, excluídos os que não tinham relação com o tema. Desses, posteriormente foram lidos os resumos, com o intuito de uma maior aproximação e conhecimento do trabalho. Após esta seleção, foram buscados os textos que se encontravam disponíveis na íntegra, os quais foram analisados através dos dados registrados nos formulários.

Após todas as etapas foram alcançados os seguintes resultados: dentro dos cinco descritores e cruzamentos que mostraram resultados, os quais constituíram a amostra, foram captados 966 trabalhos. A partir da primeira análise, a do título, selecionou-se 34 trabalhos, sendo todos eles artigos científicos.

Tabela 1 - Resultados obtidos na base de dados LILACS. Florianópolis, 2012

Cruzamento de descritores	Trabalho Encontrado		Excluído/Critério de exclusão						Selecionado	
	Nº	%	Fora do período		Repetido		Fora do tema		Nº	%
			Nº	%	Nº	%	Nº	%		
1.Diagnóstico de Enfermagem	553	57,2	364	36,2	5	45,0	162	68,0	13	38,2
2.Traumatismo múltiplo	244	25,2	208	30,9	--	--	28	11,7	8	23,5
3.Diagnóstico de										

enfermagem/Enfermagem em emergência	28	2,8	14	2,0	--	--	8	3,3	5	14,7
4.Diagnóstico de enfermagem/Planejamento de Assistência ao paciente	74	7,6	49	7,2	--	--	23	9,6	2	5,8
5.Enfermagem em Emergência/Processo de enfermagem	67	6,9	38	5,6	6	54,5	17	7,1	6	17,6
Total	966	100	673	100	11	100	238	100	34	100

Analisando a primeira etapa, resultante dos cinco cruzamentos, o descritor que mais apresentou publicações na base LILACS foi *Diagnóstico de Enfermagem*, com 57,2% dos trabalhos encontrados. O segundo descritor que obteve maior índice foi *Traumatismo Múltiplo*, com 25,2%. Os demais cruzamentos juntos obtiveram um pouco mais de 17% dos trabalhos encontrados.

Quanto aos critérios de exclusão, como mais significativo apresentou-se o quesito “estar fora do período pré-determinado” (ser publicado antes do ano 2007). Foram excluídos cerca de 95% dos trabalhos encontrados, seguido pelos que se encontravam fora do tema (24%) e repetidos (1%).

A partir da leitura dos resumos dos trabalhos, foram selecionados um total de 21 artigos, que mostraram maior relevância para o tema “*diagnóstico de enfermagem no paciente acometido á múltiplos traumas atendido em uma unidade de emergência*” e para os fatores que interferem nesse processo, como: *avaliação física, processo de enfermagem e atendimento ao paciente com traumatismo múltiplo*.

Através dos cinco descritores e cruzamentos de descritores, foram obtidos os seguintes resultados: *Traumatismo múltiplo* (sete artigos; 33,4%), descritor mais significativo na primeira análise, seguido por *Diagnóstico de enfermagem e Enfermagem em emergência* (cinco artigos; 23,8%), *Enfermagem em emergência e Processo de enfermagem* (quatro artigos; 19,0%), *Diagnóstico de Enfermagem* (quatro artigos; 19,0%) e *Diagnóstico de enfermagem e Planejamento de assistência ao Paciente* (um artigo; 4,8%).

Da segunda etapa, leituras dos resumos, foram selecionados 21 artigos (Tabela 2).

Tabela 2 - Resultado da segunda análise dos trabalhos, conforme os descritores (LILACS). Florianópolis, 2012

Cruzamento de descritores	Trabalhos selecionados	
	Nº	%
1.Traumatismo múltiplo	7	33,4
2.Diagnóstico de Enfermagem e Enfermagem em Emergência	5	23,8
3.Enfermagem em Emergência e Processo de Enfermagem	4	19,0
4.Diagnóstico de Enfermagem	4	19,0
5.Diagnóstico de Enfermagem e Planejamento de Assistência ao Paciente	1	4,8
Total	21	100

A amostra final foi composta de 17 artigos, visto que quatro dos artigos selecionados anteriormente não estavam disponíveis na íntegra em meio eletrônico, compreendendo, então, os seguintes trabalhos (Quadro 1).

Quadro 1 - Artigos selecionados por período, local e ano de publicação (LILACS). Florianópolis, 2012

Título do artigo	Periódico	Ano	Instituição do autor principal
1.Control del daño en ortopedia y traumatologia	Revista Médica Eletrônica	2007	Univerdidad Del Vale Argentina
2.Triada mortal en pacientes politraumatizados	Revista Cubana de enfermagem	2007	Hospital Universitario Dr. Mario Munos Monroy Cuba
3.Tutorial interactivo para la atención de enfermería al paciente politraumatizado	Revista Cubana de Enfermagem	2008	Departamento de Enfermería Campimo-Turismo Litoral Norte de La Habana-Cuba
4.Validação do diagnóstico troca de gases prejudicada em adultos no atendimento de emergência	Ciência Y Enfermería XIV	2008	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-SP-Brasil
5.Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade de emergência hospitalar	Revista Brasileira de Enfermagem	2008	Universidade Federal de Santa Catarina-SC-Brasil
6.Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	2009	Universidade Federal da Paraíba-PB-Brasil
7.Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma atendidas em um serviço pré-hospitalar avançado móvel	Revista Eletrônica de Enfermagem	2009	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-SP-Brasil
8.Politraumatismo. Accidentes de tránsito	Revista da Associação	2009	Hospital Ángel C. Padilha Argentina

	Argentina de Ortopedia e Traumatologia		
9.Desafios encontrados na realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em unidade de pronto atendimento	Arq Ciência Saúde	2009	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-SP Brasil
10.Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem	Acta Paulista	2009	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-SP-Brasil
11.Processo de trabalho em setor de emergência de hospital de grande porte: a visão dos trabalhadores de enfermagem	Revista Rene.	2009	Universidade Estadual do Ceará-CE-Brasil
12.Enfermagem em emergência: humanização do atendimento inicial ao politraumatizado à luz da teoria de Imogene King	Cogitare	2009	Universidade Federal do Paraná-PR-Brasil
13.Experiência do paciente politraumatizado e suas consequências	Revista Latino-Americana	2010	Universidade Federal do Triângulo Mineiro MG-Brasil
14.Sistema de auxílio aos diagnósticos de enfermagem para vítimas de trauma no atendimento avançado pré-hospitalar móvel utilizando as Taxonomias NANDA e NIC	Journal of Health Informatics	2010	Universidade de Ribeirão Preto-SP-Brasil
15.Protocolo de enfermagem em atendimento emergencial: subsídios para o acolhimento às vítimas	Cogitare	2010	Universidade Federal do Paraná-PR-Brasil
16.Atención básica y avanzada del politraumatizado: revision	Acta Medica Peruana	2011	Hospital Alberto Sabogal Perú
17.Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro	Revista Brasileira de Enfermagem	2011	Centro Universitário Jorge Amado BA-Brasil

Dos 17 artigos selecionados, foram levantadas produções de quatro países latinos, sendo que obtivemos: produções brasileiras 12 (70,5%), argentinas 2 (11,7%), cubanas 2 (11,7%) e peruanas 1 (5,8%), predominando o número de publicações brasileiras a respeito da temática abordada.

Analizando os artigos predominantemente brasileiros, pudemos identificar: oriundos da Região Sudeste 6 publicações (54,5%), da Região Nordeste 3 (27,2%) e Região Sul 3

(27,2%). Analisando os estados que compõem a Região Sudeste, o que apresentou maior índice de produção foi o Estado de São Paulo, com 5 publicações (83%).

Essa predominância também pode ser observada quando analisamos a produção geral por estados brasileiros. São Paulo apresenta 5 publicações (41,6%), seguido do Paraná 2 (16,6%) e dos demais estados, representando, no total, 5 (41,6%), sendo eles: Santa Catarina, Bahia, Minas Gerais, Ceará e Paraíba, com apenas 1 publicação (8,6%) cada. Os demais estados brasileiros não apresentaram produções.

Um fator relevante que pode estar relacionado a essa predominância de produção ligada à Região Sudeste, quando analisamos a distribuição das Universidades no país, é o fato da maior concentração de instituições na região, contando com 59% das Universidades brasileiras, seguida pela Região Sul e Nordeste (13%), Centro Oeste (11%) e Norte (4%) (MARTINS, 2000). Isso, de certa forma, justificaria este resultado, pois, na distribuição de pesquisadores por setor institucional, os pesquisadores de Instituições de Ensino Superior apresentam-se em maioria, com 67,1%.

Devemos considerar também que essa concentração atrai maiores investimentos, tanto públicos quanto privados, para realização de novos projetos de pesquisas. Quanto maior a produção, maiores os resultados e, conseqüentemente, maiores os incentivos, gerando um ciclo de produção da pesquisa e do conhecimento. Além de ser a Região Sudeste portadora da maior concentração de empresas nacionais e multinacionais do país e visto que na distribuição de pesquisadores por setor institucional as empresas representam 26,1%, elas são grandes financiadoras de programas de pesquisa (BRASIL, 2012).

Na análise que diz respeito aos tipos de estudos, oito artigos foram pesquisas descritivas exploratórias do tipo transversal, cinco artigos foram de revisão de literatura, um artigo de revisão integrativa, um artigo de pesquisa etnográfica, um artigo sobre relato de experiência e um estudo reflexivo fundamentado na Teoria de *Imogene King* sobre a humanização no atendimento inicial ao politraumatizado. A maioria dos estudos apresentou a abordagem de revisão de literatura 35,2%, seguido de pesquisa quantitativa com 29,4%, pesquisa qualitativa com 17,6% e pesquisa quanti-qualitativa, relato de experiência e estudo reflexivo, somados 17,6%.

Em relação à metodologia, as técnicas de coletas de dados foram diversificadas. Entre elas, entrevista clínica e exame físico, consulta de prontuários, instrumento com base no modelo conceitual de Horta (1979), pesquisa em bancos de dados, relato de experiências

vividas, reflexão sobre conceitos e teorias. Porém, de certa forma, houve uma uniformidade nas técnicas de coleta de dados. Nos trabalhos em que houve o levantamento dos diagnósticos e intervenções, independente do instrumento para a coleta de dados, o embasamento se deu pela entrevista clínica junto com o exame físico. Nos relativos a revisões, foi utilizado o método de revisão integrativa, sendo as bases de dados pesquisadas as mesmas.

Analisando os nove artigos, excluindo os artigos de revisão, relatos de experiência e o estudo reflexivo, avaliou-se os aspectos como: os sujeitos de pesquisa, o local em que foi realizada, o objetivo da pesquisa, os resultados e os diagnósticos abordados.

Quanto aos sujeitos da pesquisa, 4 trabalhos (44,4%) voltaram-se a pacientes vítimas de trauma, 2 (22,2%) a pacientes atendidos na unidade de emergência e 3 (33,3%) a profissionais que atuam na área de emergência. Dos trabalhos pesquisados, 2 (22,2%) foram realizados no serviço de atendimento pré hospitalar, 5 (55,5%) no serviço de emergência hospitalar, 1 (11,1%) nos prontuários hospitalares e 1 (11,1%) não identificava o local da realização. Houve uma predominância (77,7%) de hospitais públicos, sendo que, desses, dois eram hospitais universitários, dois centros de referência em traumatologia, dois serviços de atendimento pré-hospitalar, dois hospitais municipais e um não identificava o local.

Quanto aos objetivos dos trabalhos, eles se diversificaram em vários focos. Em três deles, o tema abordado foi os diagnósticos de enfermagem; dois deles abordaram os diagnósticos encontrados com maior frequência e as intervenções apresentadas pelos pacientes vítimas de trauma; e o outro buscou validar um diagnóstico em específico. Dos demais, dois abordaram apenas o perfil destes pacientes, tanto os acometidos de trauma quanto os atendidos na emergência em geral. Dois abordaram as questões de como a equipe de enfermagem identifica as relações e dificuldades do cuidado de enfermagem em uma unidade de emergência. Por último, dois abordaram a relação de cuidado na emergência na visão dos pacientes e a experiência do trauma.

Contudo, referindo-se aos resultados encontrados, houve uma diversidade muito grande, o que era esperado, visto que os trabalhos abordaram diferentes temas, o que requer diferentes tipos de análises, comparativos e referenciais teóricos. No que diz respeito aos trabalhos referentes aos diagnósticos, que são mais relevantes ao estudo em questão, nos três trabalhos encontrados havia a listagem geral dos diagnósticos de enfermagem, sendo que, em ambos, só foram analisados os diagnósticos com 100% de frequência.

Em um dos trabalhos, foram encontrados 24 diagnósticos de enfermagem, sendo que apenas seis foram analisados por terem 100% de frequência. No outro que utilizava o mesmo tipo de análise, foram encontrados 12 e analisados cinco diagnósticos. Já no último, foi avaliado apenas um diagnóstico, que era a proposta do estudo. Com base em todos os diagnósticos analisados nos artigos, portanto que estavam presentes 100% dos pacientes, pode-se observar uma lista de sete diagnósticos (Quadro 2).

Quadro 2 – Diagnósticos de enfermagem analisados por número de artigos que o citaram na literatura. Florianópolis, 2012

Diagnósticos de Enfermagem	Número de artigos
Risco para infecção	2
Risco de volume de líquidos deficiente	2
Dor aguda	2
Integridade tissular prejudicada	2
Volume de líquidos deficiente	2
Troca de gases prejudicada	1
Risco para trauma	1

Quanto à análise dos artigos de revisão, que representaram um total de seis, 2 trabalhos (33,3%) eram brasileiros oriundos das Regiões Sudeste e Nordeste. Desses, 1 (16,6%) era referente ao processo de construção e validação do diagnóstico de enfermagem em forma de revisão integrativa e aborda a questão das evidências na aplicação da sistematização da assistência. Outro aborda a importância da anamnese e do exame físico na construção do processo e sistematização da enfermagem, na qual o diagnóstico é um dos componentes para um cuidado integral.

Dos artigos oriundos de outros países latinos, 4 (66,6%) abordavam revisão de literatura a respeito da fisiopatologia e controles de danos ao paciente vítima de múltiplos traumas e um abordava, especificadamente, sobre a utilização da tecnologia no atendimento e avaliação de enfermagem ao paciente acometido de múltiplos traumas.

Há uma escassez de produções ao que se trata da utilização dos diagnósticos de enfermagem ao paciente vítima de múltiplos traumas, visto que é uma população crescente nos dias de hoje. Se levarmos em consideração a complexidade do atendimento, dever-se-ia ser necessário um maior investimento em pesquisas que auxiliassem a prática do cuidado a estas pessoas.

A utilização de diagnósticos de enfermagem na prestação de serviços de atendimento agiliza, otimiza e permite uma abordagem mais direcionada, proporcionando um cuidado mais integral e redução de danos aos pacientes de múltiplos traumas.

Os estudos que abordaram essa população não tratavam especificadamente do atendimento em uma unidade intra-hospitalar de urgência e emergência, local onde as principais condutas de reestabelecimento da vida são tomadas. Muitos dos estudos tratavam das alterações que estes pacientes poderiam apresentar em seu quadro clínico, mas poucos direcionavam as condutas a serem tomadas.

O que pode justificar essa deficiência de estudos designados a estes pacientes é a dificuldade, abrangência e tempo para o desenvolvimento do tema, visto que se deve ter muito claro as definições da população, necessidades humanas básicas a serem priorizadas e o conhecimento fisiopatológico e epidemiológico a ser abordado.

Todavia, pela dinâmica das unidades de emergência, contando-se em nossa realidade brasileira que são setores com número excessivo de pacientes, ocorre deficiência no quadro de funcionários e a falta de incentivo à pesquisa, principalmente nos setores públicos.

Há uma necessidade urgencial de novas pesquisas no que diz respeito à sistematização da assistência de enfermagem aos pacientes vítimas de múltiplos traumas, pois o profissional enfermeiro é um dos principais responsáveis no atendimento inicial a estes pacientes e necessita de ferramentas que potencializem este cuidado, o que traz benefícios à população, ao profissional, e ao sistema, tanto no que diz respeito à qualidade do serviço prestado quanto aos setores econômicos e organizacionais.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de origem quantitativa, exploratório, descritivo e transversal.

Descritivo, seguindo o preceito de que é, seria descrição das características de uma determinada população, fenômeno, ou a relação entre variáveis, não havendo grupos ou períodos comparativos correlacionados. Trata-se de um estudo piloto, visto que, na literatura, não foi encontrado estudo semelhante ligado diretamente ao tema dentro de sua especificidade, sendo então de origem exploratória, considerando que, da mesma forma,

vamos buscar conhecer as variáveis do estudo como realmente se apresentam, dentro de seu significado e contexto inserido. Analisando o contexto qualitativo mas, ao mesmo tempo, podendo quantificá-los posteriormente.

Prospectivo pois os dados serão coletados a partir de uma data pré-determinada, seguindo os eventos prospectivos até uma data estabelecida para o término. Lembrando que necessitará de instrumentos e técnicas padronizadas para coleta dos dados em forma de questionário e/ou observação, assumindo de uma forma geral o papel de um levantamento (SILVA; MENEZES, 2005).

4.2 Local do Estudo

A pesquisa foi desenvolvida na Unidade de Emergência do Hospital Estadual Governador Celso Ramos (HGCR), localizado na cidade de Florianópolis, Santa Catarina.

Essa é uma instituição escola, concebida na metodologia do ensino, pesquisa e extensão, sendo de caráter inteiramente público, atendendo a comunidade local do Estado nos dois níveis de assistência de média e alta complexidade (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2010).

Escolhida por ser um centro de referência para o atendimento de pacientes em situações graves de saúde, como traumatismo-ortopedia, neurologia, cirurgia geral e diagnóstico por imagem (BRASIL, 2011).

A Unidade de Emergência localiza-se no terceiro subsolo do hospital, a qual foi recentemente reformada, tendo sua inauguração no segundo semestre de 2011. Conta, atualmente, com uma equipe fixa de oito enfermeiros, 27 técnicos de enfermagem, 12 médicos e um assistente social, além do corpo discente formado por acadêmicos e residentes da área da saúde. Conta também com o apoio de profissionais de outras áreas que prestam serviço de assistência no HGCR e servidores terceirizados que atuam nos serviços de limpeza e segurança.

4.3 População e Amostra

População é um conjunto de elementos dos quais as conclusões sobre eles sejam válidas, sendo o universo do estudo. A amostra representa a parte destes elementos a serem estudados (BARBETTA, REIS, BORNIA 2010).

A população submetida ao estudo foi todos os indivíduos que deram entrada na unidade de emergência do HGCR entre os dias 17/02/2012 e 06/04/2012; no período diurno (das 07h00min às 19h00min); vítimas de múltiplos traumas; que chegaram através do serviço de atendimento pré-hospitalar (APH), sendo ele Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), atendimento de urgência realizado pelos Bombeiros Militares ou através de empresas privadas; que preencheram os critérios de inclusão e se dispuseram a colaborar com o estudo através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2).

A amostra foi do tipo não probabilística e por conveniência, Nassar et al (2010). Caracteriza-se amostra não probabilística quando, dentro da mesma, não há viabilidade de ser selecionado um de seus elementos. Levando em consideração também se tratar de um estudo piloto, não houve estudos condizentes ou dados concretos do próprio serviço que nos possibilitassem uma estimativa de pacientes para cálculo amostral.

Além disso, a amostra foi definida pelo número de atendimentos dentro do período de coleta de 50 dias, possibilitando uma amostra de 41 pacientes. Alguns fatores externos potenciais interferiram no número de amostras. A saber: durante o período da coleta de dados houve um surto bacteriológico na instituição que foi realizada a coleta, no período de 17/02/2012 à 06/03/2012, no qual era ação de cautela evitar o atendimento de pacientes que apresentassem maiores fatores de risco para desenvolvimento da infecção, como pacientes acometidos de trauma ou que necessitassem de terapêutica cirúrgica, sendo esses preferencialmente transportados e atendidos em outra instituição de referência. Outro motivo relevante foi o fato de um instrumento para diagnóstico de imagem, muito utilizado no atendimento ao paciente vítima de múltiplos traumas, o Aparelho de Tomografia Computadorizada, ter entrado em avaria, evitando o atendimento destes pacientes por falta do diagnóstico de imagem para tomada de conduta, sendo estes pacientes preferencialmente transportados para outra instituição de referência que disponibiliza deste aparelho.

4.3.1 Critérios de Inclusão

- a. Mediante consentimento através da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice 1), assinado pelo sujeito, familiar ou responsável legal. Devido à situação vulnerável em que o paciente e familiar se encontram no momento do atendimento inicial, por questões éticas a solicitação foi realizada após a alta da unidade de emergência;
- b. Sujeitos maiores de 18 anos completos, de ambos os sexos, que derem entrada na unidade de emergência do HGCR, visto que a literatura nos traz que a maior incidência das vítimas de traumas encontra-se na faixa etária entre os 21 a 30 anos, representando 23,2% e, em segundo lugar, com 17,4%, a faixa etária entre 31 a 40 anos. (MELO, SILVA, JR, 2004);

4.3.2 Critérios de Exclusão

- a. Sujeitos menores de 18 anos. Levando em consideração o Estatuto da Criança e do Adolescente, lei 8069, capítulo II, das medidas específicas de proteção, parágrafo único, VII, VIII e IX, regindo que nos aspectos de segurança deve se ater a intervenções mínimas, devendo ser exercida exclusivamente pelas autoridades ou instituições cuja ação seja indispensável, devendo, também, ser essa ação necessária e adequada à situação de perigo que a criança ou adolescente se encontra no momento da mesma e da responsabilidade parental, com os pais assumindo seus deveres frente às ações que serão tomadas. Visto que as situações a serem coletados os dados são ações de emergência e urgência, podemos não dispor de respaldos para cumprir todos os artigos citados. Por se tratar de um hospital geral, de atendimento adulto, optamos exclusão do grupo na pesquisa;
- b. Gestantes, devido às particularidades, fragilidades que apresentam pela situação gestacional e às alterações fisiológicas e comportamentais que são alteradas neste processo (ZAMPIERI, 2007). São sujeitos que necessitariam de uma atenção diferencial e particular, fugindo, pois, da proposta do estudo;
- c. Sujeitos que não deram entrada através do APH, pois um dos levantamentos construídos no instrumento de coleta de dados (Apêndice 1) é o tipo de ocorrência, o qual precisamos que seja informado por uma pessoa que tenha presenciado o ocorrido

e não tenha sofrido influência direta, sendo, então, um profissional que tenha realizado o atendimento inicial pessoa mais apta.

4.4 Coleta de Dados

A coleta de dados teve início no dia 17/02/2012 e término no dia 06/04/2012. Foi realizada pelas próprias pesquisadoras, para diminuir os riscos de viés.

No primeiro dia, a coleta de dados foi realizada pelas duas pesquisadoras para que houvesse uma padronização na sua forma e os demais dias foram alternados, com plantões de 12 horas de acordo com escala confeccionada pelas mesmas.

A coleta se deu em cinco etapas. Na primeira, ocorria o acolhimento do paciente, encaminhado através do APH, que chegava à sala de reanimação da instituição onde foi realizado o estudo. Na segunda etapa, durante a passagem de plantão do APH para o profissional responsável da instituição, era coletado o histórico, relativo os dados do tipo de ocorrência e sinais vitais no local do incidente. Na terceira etapa, era realizado um exame físico, pelas pesquisadoras, levantando os dados relativos à integridade corporal de acordo com instrumento de pesquisa (Apêndice 1). Posteriormente, quando o paciente encontrava-se consciente e orientado e/ou com o responsável ou acompanhante no momento da ocorrência, eram levantadas informações a respeito da utilização de drogas, ingestão de alimentos, alergia a medicamentos, utilização de medicações de uso contínuo e doenças prévias. Após a estabilidade do paciente e da situação, quando o mesmo se encontrava consciente e orientado ou com o responsável, era realizada uma conversa a respeito da pesquisa realizada: se tinham a disponibilidade, interesse e se concordavam com a utilização dos dados coletados para o estudo, assinando o TCLE.

Lembrando que os dados foram coletados sem autorização prévia por uma solicitação do comitê de ética, visto que os dados não eram invasivos, não apresentavam risco ao participante e não fugiam dos procedimentos de rotina que já eram realizados, além de serem de melhor crase que a solicitação da autorização se desse após a estabilidade física e emocional do participante e/ou da família, visto que é um momento em que os mesmos se encontram susceptíveis e fragilizados.

4.4.1 Análise dos dados coletados

A análise destes dados foi fragmentada em três principais etapas.

Na primeira, foram analisados os dados relacionados à epidemiologia, a fim de identificar e reconhecer o perfil e principais necessidades destes pacientes acometidos por múltiplos traumas. Para arquivar e contabilizar estes dados, foi utilizado o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences SPSS®*, versão 17.

Após este levantamento, iniciou-se a segunda etapa do processo, utilizando-se para isso o processo de raciocínio diagnóstico de Risner (1990), que é dividido em duas fases: a análise e a síntese. Na fase nomeada de análise, o material coletado é examinado de forma crítica e separado em partes, sendo dividida em duas etapas, a saber: categorização dos dados, que são organizados, agrupados ou colocados de maneira lógica, sistematizada e podem ser embasados em diferentes modelos conceituais; e identificação de lacunas de dados, compreendida como sendo a etapa na qual os dados incompletos são avaliados, podendo haver necessidade de nova coleta de dados. Na fase de síntese, o processo de raciocínio é realizado levando em consideração o agrupamento de dados, que é o início dessa fase, na qual os dados relevantes são agrupados, comparados com teorias, modelos e/ou conceitos. São identificados desvios ou potencialidades de saúde (inferência ou hipótese). É definida como a etapa do julgamento clínico, pois se elaboram hipóteses diagnósticas considerando as conclusões esboçadas. Nesse estudo, em particular, deu-se após a coleta, quando foram relacionados os problemas apresentados dentro das características e fatores individuais relacionados de cada paciente, relacionando-os com os modelos definidos pela Taxonomia II da NANDA Internacional 2009-2011 (*North American Nursing Diagnosis Association*). Sendo assim, foram identificados os principais diagnósticos, levando em consideração a situação de urgência em que se encontram o tempo de permanência na unidade de urgência e emergência e os procedimentos iniciais a serem realizados.

A terceira etapa constituiu na elaboração de proposta de intervenções de enfermagem segundo a Classificação da *Nursing Interventions Classification* (NIC, 2011) para os diagnósticos de enfermagem que obtiveram a frequência igual e superior que setenta e cinco por cento dos pacientes investigados.

4.4.2 Instrumento

O instrumento de coleta de dados foi formulado com base na ficha de atendimento de urgência da Polícia Rodoviária Federal (Anexo 3), que tem foco no atendimento ao trauma, sendo realizadas as devidas adaptações, visto as necessidades decorrentes do atendimento, nível de complexidade e abordagem do paciente na unidade intra-hospitalar, baseados nos princípios das necessidades humanas básicas de Horta, 1979.

O instrumento é constituído de seis partes essenciais da avaliação de enfermagem:

- Primeiro campo relacionado à identificação da vítima:
1- Nome, 2- Data de internação, 3- Data de nascimento, 4- sexo
- Segundo campo relacionado à avaliação primária dos sinais vitais:
5- Frequência respiratória no local e no hospital, 6- Frequência cardíaca no local e no hospital, 7- Pressão arterial no local e no hospital, 8- Temperatura no local e no hospital, 9- Pele, 10- Umidade da pele.
- Terceiro campo relacionado à avaliação neurológica:
11- Escala de Coma de *Glasgow*, 12- Avaliação pupilar.
- Quarto campo relacionado ao histórico médico:
13- Realização do AMPLA
- Quinto campo relacionado à Avaliação das lesões:
14- Lesões de crânio, 15- Lesões de face, 16 Lesões de tórax, 17- Lesões de abdome, 18- Lesões de membros superiores, 19- Lesões de membros inferiores.
- Sexto campo relativo à cinemática do trauma:
20- Localização da vítima, 21- Colisão contra, 22- Tipo de colisão, 23- Outros.

4.5 Aspectos Éticos

Visto que o estudo se deu dentro da área de ciências biológicas em relação direta com seres humanos, respeitando os sujeitos da pesquisa em toda sua integralidade, este trabalho passou e teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina (Anexo 1) e pelo Comitê

de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Estadual Governador Celso Ramos (Anexo 2).

Com base na Resolução 196 de 10 de outubro de 1996, que expõe as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, aplicaremos nesse estudo os seguintes aspectos éticos:

- a. Consentimento livre e esclarecido (TCLE) dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes (Apêndice 1), que serão solicitados somente após a alta da unidade de emergência;
- b. Ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos;
- c. Garantia de que danos previsíveis serão evitados;
- d. Relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (BRASIL, 1996).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 – Artigo 1 - PERFIL DO PACIENTE VÍTIMA DE MÚLTIPLOS TRAUMAS ATENDIDO EM UM HOSPITAL ESTADUAL REFERÊNCIA DO SUL DO PAÍS

Cibele D’Avila Kramer Cavalcanti¹
Patrícia Ilha²
Kátia Cilene Godinho Bertoncello³

¹ Cibele D’Avila Kramer Cavalcanti, acadêmica da 8ª fase do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Membro do Grupo de Estudo no Cuidado de Pessoas nas Situações Agudas de Saúde – GEASS. E-mail: cibelekramer@gmail.com

² Patrícia Ilha, acadêmica da 8ª fase do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Monitora do Laboratório de Enfermagem da UFSC e membro do Grupo de Estudo no Cuidado de Pessoas nas Situações Agudas de Saúde - GEASS. E-mail: ilha.patricia@gmail.com

³ Kátia Cilene Godinho Bertoncello, Enfermeira. Doutora em Enfermagem Fundamental USP. Professora Adjunta II do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Coordenadora do Mestrado Profissional Associado à Residência Multidisciplinar em Saúde. Pesquisadora do Grupo de Estudo no Cuidado de Pessoas nas Situações Agudas de Saúde- GEASS. E-mail: kbertoncello@yahoo.com.br

RESUMO: O estudo de origem quantitativa, exploratório, descritivo e transversal, foi realizado na unidade de emergência de um hospital referência no atendimento de múltiplos traumas do sul do país. Objetivou-se identificar o perfil dos pacientes acometidos por múltiplos traumas. A amostra constitui-se de 41 pacientes, maiores de 18 anos, de ambos os sexos, não gestantes e que deram entrada através de um serviço de Atendimento Pré-Hospitalar. A coleta de dados ocorreu de 17/02 a 6/04/2012. A pesquisa obteve a aprovação dos comitês de ética da Instituição de Ensino e do Hospital onde foi realizada, de acordo com a Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. Quanto aos resultados, houve uma predominância do sexo masculino 34 (82,9%), com idade entre 18 e 30 anos (36,5%), em sua maioria motociclistas 21 (51,2%), que apresentaram alterações leves nas funções vitais. Concluiu-se que se deve conhecer o perfil do cliente atendido em sua área de referência a fim de preparar a dinâmica do serviço, considerando que o planejamento é um instrumento essencial para assistência da vida, principalmente no que diz respeito à vítima de múltiplos traumas, que requer um atendimento ágil e especializado.

PALAVRAS CHAVE: Traumatismo Múltiplo. Enfermagem em Emergência. Serviço Hospitalar de Emergência.

INTRODUÇÃO

Podemos definir o trauma como um evento amplo, em que há laceração funcional com ou sem tradução morfológica, perceptível ou não à primeira vista, devido à liberação de energia cinética (STEINMAN, FIGUEIREDO, JUNIOR, 2006).

Já múltiplos traumas são o aparecimento de múltiplas lesões, causados por danos sistêmicos significativos, como falha ou disfunção de órgãos vitais em pacientes vítimas de trauma, sendo ele intencional ou não (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Desse modo, para esses pacientes, necessita-se de um cuidado especializado.

O enfermeiro de emergência é responsável pela prestação de cuidado a todo paciente crítico de acordo com suas prioridades e, dentro do sistema hospitalar, tem como atribuição, de acordo com seus conhecimentos prático-teóricos, a realização dos diagnósticos e prescrições dos cuidados de enfermagem, principalmente no que diz respeito ao paciente vítima de múltiplos traumas, com o objetivo de reduzir os danos e potencializar o tratamento. (SMELTZER, BARE, 2009).

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID) (BRASIL, 2012), a partir de 1980 as causas externas são consideradas: acidentes de transporte, lesões autoprovocadas intencionalmente, agressões, intervenções legais e operações de guerra. Essas causas sofreram considerável aumento, alterando o perfil epidemiológico brasileiro, visto que passaram a representar a segunda causa de morte na perspectiva geral e primeira na faixa etária entre cinco e 39 anos. Diversos estudos epidemiológicos publicados caracterizam as causas externas e suas vítimas em amplos aspectos, mas todas apresentam pontos em comum, enfatizando a violência que resulta em danos quantificáveis que matam ou causam danos irreversíveis às pessoas (JORGE, 1997).

No ano de 2010, ocorreram 40.610 mortes fatais no trânsito brasileiro, sendo 25% desses óbitos relacionados a motociclistas, chegando a 145 mil internações no Sistema Único de Saúde (SUS). Em Santa Catarina (SC), foram 1.862 óbitos. Desses, 557 ocorreram devido a acidentes de moto. “Os números revelam que o país vive uma verdadeira epidemia de lesões e mortes no trânsito”, afirma o ministro da saúde, Alexandre Padilha (BRASIL, 2012).

A unidade de Urgência e Emergência deve estar pronta para atender, a qualquer momento, o paciente vítima de trauma. O planejamento é um instrumento essencial para assistência à vida. Ter uma equipe de saúde treinada e coordenada nas ações e equipamentos disponíveis influencia positivamente no atendimento à vítima de trauma (ATLS, 2008).

Para realizar esse cuidado integral, otimizado e ágil, os profissionais de saúde e/ou os enfermeiros primeiramente devem conhecer o perfil do cliente atendido em sua área de abrangência e referência, a fim de preparar a dinâmica do atendimento. Baseado neste princípio e na existência desta lacuna de conhecimento, para esta região do Brasil, até o presente momento, justificou-se a realização desta investigação, que teve como objetivo identificar o perfil do paciente acometido de múltiplos traumas atendido em um hospital estadual, cuja Unidade de Emergência é referência regional para traumatologia e ortopedia.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de origem quantitativa, exploratória, descritiva e prospectiva realizado na Unidade de Emergência de um Hospital Estadual, totalmente público, o qual é referência regional para traumatologia e ortopedia e está localizado em Florianópolis, Santa Catarina.

A amostra da pesquisa constitui-se de 41 pacientes, atendidos na Unidade de Emergência no período de dezessete de fevereiro a seis de abril de 2012. Todos chegaram encaminhados por algum serviço de atendimento pré-hospitalar.

Os critérios de inclusão foram: todos os pacientes maiores de 18 anos, conferido a partir da data de nascimento registrada no documento e/ou ficha de atendimento; que não se encontrassem gestantes, sendo esse dado levantado apenas pela verbalização da vítima e/ou acompanhante/responsável; que apresentassem escore da Escala de Coma de *Glasgow* (ECG) maior ou igual a três, sendo avaliado pelas pesquisadoras no momento em que deram entrada no atendimento hospitalar.

Os dados foram coletados através de um instrumento elaborado pelas pesquisadoras com base na ficha de atendimento utilizado no serviço de resgate pré-hospitalar da Polícia Rodoviária Federal. A partir dessa ficha, foram realizadas adaptações de acordo com atendimento a nível de média complexidade e abordagem do paciente na unidade intra-hospitalar. O instrumento elaborado abrangia seis campos: identificação, avaliação dos sinais vitais, avaliação neurológica, levantamento do passado médico, avaliação das lesões e avaliação da cinemática do trauma.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, através do certificado nº 2435, e pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do Hospital Governador Celso Ramos, sob o número 2012/0001. Todos os participantes foram convidados a participar desta investigação. Foi esclarecido o objetivo do mesmo, dada a garantia do anonimato e concedida a liberdade de desistência de sua autorização a qualquer momento. Frente ao aceite, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual todos assinaram.

Os dados coletados foram analisados pelo programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences SPSS®*, versão 17.

RESULTADOS

Podemos observar que os sujeitos eram predominantemente do sexo masculino 34 (83%), com idade entre 18 e 30 anos 15 (36,5%). O tipo de ocorrência mais frequente foi acidentes relacionados ao trânsito 33 (80,1%), sendo as principais vítimas os motociclistas 21 (51,3%). Na maioria das vezes, estavam relacionadas com o acidente contra automóvel 19 (46,3%), com predominância de colisões frontais 17 (41,4%).

Outro dado relevado foi o número de vítimas que fizeram uso de álcool 6 (14,6%) e drogas ilícitas 2 (4,8%).

Entre as outras causas do trauma levantadas, a mais relevante foi a queda de nível 6 (15%). Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização dos pacientes acometidos de múltiplos traumas atendidos em um hospital do sul do país, Florianópolis/SC.

CARACTERÍSTICAS DAS VÍTIMAS	Nº	%
SEXO		
Masculino	34	83,0
Feminino	7	17,0
Total	41	100,0
FAIXA ETÁRIA (EM ANOS)		
18 - 30	15	36,5
31 - 40	11	26,9
41 - 50	6	14,7
< 51	9	21,9
Total	41	100,0
LOCALIZAÇÃO DA VÍTIMA NA HORA DO ACIDENTE		
Automóvel	5	12,3
Caminhão	--	--
Ônibus	--	--
Motocicleta	21	51,3
Bicicleta	1	2,4
Pedestre	7	17,0
Outros	7	17,0
Total	41	100,0
COLISÃO CONTRA		
Automóvel	19	46,3
Caminhão	2	4,8
Ônibus	--	--
Motocicleta	2	4,8

Bicicleta	--	--
Pedestre	--	--
Poste	1	2,4
Muro	2	4,8
Veículo parado	--	--
Outros	7	17,0
Total	33	80,1
TIPO DE COLISÃO		
Frontal	17	41,4
Traseira	2	4,8
Lateral	6	14,5
Transversal	--	--
Capotamento	3	7,3
Tombamento	--	--
Queda de nível	3	7,3
Choque contra objetos	--	--
Atropelamento	1	2,4
Outros	1	2,4
Total	33	80,1
OUTROS MOTIVOS DE CAUSA TRAUMÁTICA		
Ferimento por arma branca	2	4,9
Ferimento por arma de fogo	--	--
Afogamento	--	--
Agressão	--	--
Queda de nível	6	15,0
Incêndio	--	--
Outros	--	--
Total	08	19,9
CONSUMIU BEBIDA ALCOÓLICA		
Sim	6	14,6
Não	35	85,4
Total	41	100,0
UTILIZOU DROGAS ILÍCITAS		
Sim	2	4,8
Não	39	95,2
Total	41	100,0

Na Tabela 2, podemos analisar as principais alterações causadas pelo trauma sobre os aspectos sistêmicos e fisiológicos. Dentre as alterações, os resultados encontrados foram: 11 (26,8%) taquipnéia; 23 (56%) taquicardia; 19 (46,3%) hipertensão; e 11 (26,8%) hipotermia.

Quanto à avaliação neurológica, apenas 4 pacientes (9,7%) apresentaram um rebaixamento do Escore de Coma de *Glasgow* devido à utilização de drogas supressoras do sistema nervoso central e por se apresentarem em ventilação mecânica através de tubo orotraqueal.

Tabela 2 - Alterações fisiológicas sofridas pelos pacientes acometidos de múltiplos traumas atendidos em um hospital do sul do país, Florianópolis/SC.

ALTERAÇÕES SOFRIDAS PELOS PACIENTES	Nº	%
RESPIRATÓRIAS		
Eupnéia	27	65,8
Bradipnéia	3	7,4
Taquipnéia	11	26,8
Total	41	100,0
SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO		
<86%	--	--
>86%	41	100,0
Total	41	100,0
FREQUÊNCIA CARDÍACA		
Eucardia	15	36,6
Bradicardia	3	7,4
Taquicardia	23	56,0
Total	41	100,0
PRESSÃO ARTERIAL		
Normal	20	48,8
Hipotensão	02	4,9
Hipertensão	19	46,3
Total	41	100,0
TEMPERATURA		
Normal	30	73,2
<36,4	11	26,8
>37,6	--	--
Total	41	100,0
TEMPERATURA DA PELE		
Fria	3	7,3
Quente	1	2,5
Morna	37	90,2
Total	41	100,0
CARACTERÍSTICA DA PELE		
Úmida	3	7,4
Seca	38	92,6
Total	41	100,0
ESCALA DE COMA DE GLASGOW		
3	4	9,7
4-8	1	2,5
9-12	2	5,0
13-15	34	82,9
Total	41	100,0
PUPILAS		
Isocóricas	34	82,9
Anisocóricas	3	7,3

Midriáticas	2	4,8
Média fixas	1	2,5
Mióticas	1	2,5
Total	41	100,0
REAGENTES		
Sim	37	90,2
Não	04	9,8
Total	41	100,0

A Tabela 3 demonstra as principais áreas corporais lesadas nos pacientes acometidos de múltiplos traumas, sendo eles de diversas características, como: fratura, luxação, entorses, ferimentos, ferimentos por arma branca, ferimentos por arma de fogo, queimaduras, escoriações, lacerações, entre outros.

Tabela 3 - Área corporal lesada dos pacientes acometidos de múltiplos traumas atendidos em um hospital do sul do país, Florianópolis/SC.

LOCAL DO TRAUMA	Nº
Crânio	16
Face	13
Costela	6
Coluna	7
Pelve	2
Membros superiores	18
Membros inferiores	25
Órgãos internos	1
Total	88

DISCUSSÃO

Bahten e Freire (2001) nos trazem que, nas últimas décadas, o número de acidentes de trânsito vem crescendo substancialmente devido ao aumento no número de veículos, imprudência dos motoristas, falta de fiscalização por parte das autoridades, aumento do consumo de álcool e drogas e o dinamismo cotidiano. As características socioeconômicas, culturais e políticas influenciam na causa das ocorrências dos acidentes, mas alguns aspectos se conservam, predominantemente, nos vários cenários.

A maioria dos pacientes do presente estudo corrobora com outros estudos que traçam o perfil de pacientes em diversas regiões do país. Andrade et al (2003), em seu estudo, realizado no Estado do Paraná, encontrou, assim como neste, um perfil populacional de

vítimas acometidas por traumas. De um total de 3.871 (100%) pacientes pesquisados no ano de 2000, a maior faixa etária acometida por acidentes estavam entre os 20 e 29 anos 1.279 (33%), sendo os condutores motociclistas 1.603 (41,6%).

Ferreira et al (2009), em seu estudo realizado no Estado de Minas Gerais, nos reporta o mesmo perfil, no qual encontrou, no ano de 2005-2006, dentre os 82 (100%) pacientes pesquisados, a principal faixa etária acometida jovens entre os 20 e 29 anos, em um total de 32 (35,1%), sendo esses também motociclistas 37 (40,7%) e do sexo masculino 53 (58,2 %). Confirmando, ainda, estas estatísticas, um estudo realizado em um hospital referência da Região Norte do país, localizado no Estado do Piauí, no ano de 2006, por Santos et al (2008), o perfil dos pacientes atendidos, no total 430 (100%), foram predominantemente do sexo masculino 369 (85,8%), com idades na faixa etária de 15 a 24 anos 155 (36%) e de 25 a 34 anos 138 (32%), que fizeram uso de álcool 114 (37,8%) e apresentaram as seguintes regiões com maior número de lesões: membros inferiores 164 (55%), membros superiores 116 (48,1%) e cabeça 91 (47,8%).

A predominância das vítimas do gênero masculino é um padrão que se repete constantemente nos perfis brasileiros. Dos fatores possíveis e que se relacionam com esse trabalho, aquele que pode estar mais fortemente envolvido com as causas de trauma é o cultural. Homens frequentemente são condutores de carro e/ou moto, possuem ambas as habilitações e aprendem a dirigir com menor idade. O gênero feminino apresenta uma maior cautela no trânsito, dirigem com menos frequência e apresentam uma menor representatividade no número de carteiras de habilitação (ANDRADE, 2003). Indicadores brasileiros (BRASIL, 2006) ainda trazem que homens têm 12 vezes mais chances de morrer por causas traumáticas que mulheres.

Referente à idade, há preponderância do número de adultos jovens entre 18 e 30 anos. As características da própria faixa etária, como imaturidade, inexperiência ao volante, tendência de superestimar as capacidades, além de outros comportamentos de risco, como iniciação precoce da ingestão de bebidas alcoólicas e contato maior com substâncias ilícitas, são alguns fatores que podem ter uma forte ligação com as estatísticas (SAUER e WAGNER, 2003).

A utilização de drogas e álcool agrava ainda mais este quadro. Muitos autores relacionam o elevado índice de acidentes com a utilização destas substâncias (MARÍN, 2000). Elas alteram os níveis cognitivos de forma a reduzir as habilidades motoras e sensoriais,

tornando-se um potencial fator de risco para ocorrência de acidentes (KOIZUMI, 1985; SANTOS, 2008). Podemos ver esses índices ainda neste estudo, em que fizeram uso de álcool 6 (14,6%) e drogas ilícitas 2 (4,8%).

Isso nos traz uma reflexão do que é disposto a esses jovens como orientação para se criar um modelo de redução de danos contra esses acidentes. Por isso, há a necessidade de investigar a natureza e as crenças deste público e trabalhar, educacionalmente, para alterar esse padrão de risco.

Outra barreira para levantamento real destes dados é o elevado número de óbitos envolvendo jovens na direção (BRASIL, 2006), não chegando ao atendimento hospitalar.

Os motociclistas são os maiores atingidos por essa epidemia do trauma. No Brasil, só de janeiro a março de 2012 (DATA SUS, 2012), foram constatados 238 óbitos. Devemos, ainda, levar em consideração o número de motos circulantes atualmente. Cada dia a aceitação da população a esse meio de transporte é maior, visto o baixo custo de aquisição e manutenção (SANTOS, 2008).

Outro fator que pode estar relacionado é a dinâmica de funcionamento e estrutura, a qual não apresenta um sistema de proteção adequado, de forma que qualquer acidente pode trazer graves consequências ao motociclista. Além dos hábitos de imprudência e desrespeito a legislação, é grande o número de motociclistas que transitam entre os carros, pelos acostamentos e vias perigosas; comportamentos de riscos que aumentam as probabilidades de ocorrência de acidentes bem como impõem perigo a outros condutores e pedestres, embora neste estudo fosse encontrado o resultado de 1 (2,4%) atropelamento causado por moto.

De certa forma, os motoristas de automóveis também estão diretamente envolvidos nas estatísticas quando analisados os dados de colisão. Os números predominantes são de colisões contra automóveis 19 (46,3%). Contudo, visto que esse tipo de veículo apresenta uma maior proteção devido à estrutura e a mecanismos de segurança, os ocupantes, na maioria das vezes, acabam sofrendo danos menores, não necessitando de hospitalização (SANTOS, 2008).

Dentre os outros motivos de causa traumática, o que se apresentou mais relevante foi a queda de nível 6 (14,6%), considerada importante e de características graves, pois, dependendo da altura, devido a aceleração com a queda, os riscos de lesões se agravam de acordo com cinemática. As principais lesões constatadas nessa causa foram: queda em pé - membros inferiores, pelve e coluna torácica; queda para frente - punhos; queda de cabeça -

traumatismo crânioencefálico e de coluna cervical; e, no caso de não haver um sentido específico, deve-se avaliar a parte do corpo que tocou inicialmente o chão (PHTLS, 2011).

É muito importante o levantamento dos dados dos pacientes, assim como um breve histórico da ocorrência, a fim de conhecer a cinemática do trauma, possíveis comorbidades, entre outros fatores, que possam causar alterações significantes para sua estabilidade vital. Além disso, fazer a realização de um exame físico integral com uma avaliação objetiva, ágil e eficiente (ATLS, 2008).

No que tange ao tipo de colisão, deve ser levada em consideração a origem do impacto e a perspectiva da colisão, de forma que cada característica pode exercer uma força e uma dispersão energética específica. Isso pode afetar diferentemente cada sistema, causando lesões dos mais diferentes graus. A preeminência neste estudo foi de colisões frontais 17 (41,4%) considerada um dos choques mais incidentes e que acarretam risco de danos importantes. Na trajetória do impacto frontal, o ocupante geralmente assume dois trajetos: ou por cima ou por baixo. Naquele, a vítima é exposta, principalmente, a lesões de órgãos internos, como fígado, baço e intestino, lesão de coluna cervical, traumatismo crânioencefálico e rompimento de grandes vasos, como a Aorta no segmento abdominal e torácico. Já no último, os ricos maiores são fraturas e ferimentos em membros inferiores, rompimento de grandes vasos, como artéria poplítea, e traumatismo craniano (PHTLS, 2011).

Os sinais vitais são fortes indicadores de que alguma função vital pode estar comprometida. Através dos sinais vitais, podemos avaliar diversas funções, como: hemodinâmicas, respiratórias e termorreguladoras, que são as essenciais para manutenção da vida. Além desses, ressalta-se a importância da avaliação neurológica, a qual pode afetar diretamente essas funções (SMELTZER, BARE, 2009).

Quanto aos dados referentes à avaliação dos sinais vitais encontrados neste estudo, as principais foram a nível respiratório. Grande número de pacientes 11 (26,8%) apresentou taquipnéia. Esse sinal pode representar diversas alterações sistêmicas. A mais importante delas e que é passível de evoluir para um quadro mais grave é a insuficiência respiratória, podendo ser motivada por diversas causas, como diretamente por traumas, doenças clínicas de base respiratórias ou alterações do sistema nervoso central, resultantes indiretamente de traumas, drogas ou patogenias (SMELTZER, BARE, 2009; ATLS, 2008; PHTLS, 2011).

Outro importante fator que pode motivar uma alteração no sistema respiratório é o estado psicológico em que a vítima se encontra. Considerando-se a exposição do paciente a

uma circunstância de grande nível de estresse, com fortes choques emocionais, permanecendo exposto em um ambiente desconhecido, recebendo, a todo o momento, novas informações, tendo seu corpo manipulado e exposto, há ação imediata do organismo, ativando o sistema simpático. A partir dele, o organismo busca agir contra a situação de medo, de modo que a pessoa passa a receber grandes descargas de adrenalina, noradrenalina, glicose armazenada, entre outras substâncias orgânicas, o que provoca o aumento do diâmetro da traqueia e dos brônquios, incrementando a capacidade de débito respiratório, causando a taquipnéia. Porém, além das alterações a nível respiratório, outras também podem ser geradas. O sistema nervoso autônomo simpático também é responsável por dilatação pupilar, taquicardia, elevação da pressão arterial sistêmica, entre outras reações (SMELTZER, BARE, 2009; ATLS, 2008; PHTLS, 2011; GUYTON, 2005).

Quanto à saturação de oxigênio, que nos mostra os níveis de oxigênio carreados pelas hemoglobinas presentes no sangue arterial, a verificação desta alteração não foi precisa, visto que grande parte das vítimas já chegavam ao atendimento intra-hospitalar com aporte de oxigênio. Logo, todas apresentavam uma saturação dentro dos níveis aceitáveis.

Quanto às alterações de origem circulatória, um grande percentual das vítimas apresentou taquicardia 23 (56%) e elevação da pressão arterial 19 (46,3%), podendo ter como causa a alteração psicológica da exposição ao ambiente e situação de estresse. Além disso, pode sinalizar importantes ações do organismo a uma causa externa. As causas de taquicardia e elevação da pressão arterial podem ter origem por diversos fatores. Por isso a exigência de investigação mais concreta e aprofundada. Todavia, devemos estar atentos aos principais quando falamos de um paciente acometido de múltiplos traumas. Alterações hemodinâmicas podem ser indícios de fase inicial de choque hipovolêmico, causado por grande sangramento, aparente ou não (lesão de órgãos internos), trauma crânioencefálico, traumatismo de coluna, exposição intensa a dor, entre outros fatores (PHTLS, 2011; ATLS 2008).

A temperatura corporal, quando dentro dos parâmetros aceitáveis – 36,4°C a 37,6°C –, indica um melhor funcionamento celular e tecidual do organismo humano. De acordo com a idade, essa temperatura pode ter alternâncias, visto a diferença entre o metabolismo celular em cada fase da vida (PHTLS, 2011). Outros fatores externos podem alterar estes padrões, como doenças clínicas, alterações de temperatura do ambiente, alterações oxi-hemodinâmicas e traumas.

Essas variações, mesmo que moderadas, acarretam em alterações importantes ao organismo. No paciente com múltiplos traumas assistido neste estudo, um percentual significativo 11 (26,8%) apresentou hipotermia, alteração essa que acarreta instabilidade e risco vital, como arritmias cardíacas, baixo débito cardíaco, infecção, doenças provenientes de alterações de coagulação sanguínea e baixa perfusão tissular (SESSLER, 2001).

Características como a umidade e a temperatura ao toque podem ajudar a definir as causas e as condutas a serem tomadas. Neste estudo, a maioria dos pacientes apresentou pele seca 38 (92,6%) e morna 37 (90,2%), o que pode representar que estas alterações de temperatura ocorreram por fatores de estresse, tentativa do organismo em restabelecer as funções, tentativa de impedir processos inflamatórios ou por estímulos dolorosos (MORTON, 2007).

Outra avaliação essencial é a neurológica, na qual se estabelece o nível de consciência da vítima, assim como o tamanho das pupilas e a sua reação. Como instrumento desta avaliação, usa-se a Escala de Como da *Glasgow* (ECG), levantando-se as respostas ocular, verbal e motora. O rebaixamento do nível de consciência pode representar a diminuição da oxigenação e/ou perfusão cerebral ou ser resultado de um trauma direto ao cérebro (ATLS, 2008). Neste estudo, os pacientes que representaram um grave rebaixamento com escore da ECG igual a três, na verdade, apresentavam-se em intubação orotraqueal, sobre o efeito de sedativos, o que interfere nesta avaliação, pois as próprias drogas e a ventilação alteram a melhor resposta aos estímulos. Porém, a maioria dos pacientes 34 (82,9%) apresentou uma boa resposta neurológica, com Escore de Coma de *Glasgow* compreendido entre 13 e 15.

Quanto às pupilas, suas alterações podem também estar diretamente relacionadas não apenas às condições patológicas, mas ao uso de substâncias alcoólicas e drogas e por estado psicológico alterado (ATLS, 2008; MORTON, 2007), percebidos nos participantes do estudo.

Quando analisamos as áreas onde ocorreram as lesões, as principais foram: membros inferiores, membros superiores, crânio e face, o que corrobora com os dados do tipo de colisão que foram em maior número – frontais – e de acordo com a cinemática do trauma, visto que essas regiões são as principalmente afetadas (PHTLS, 2011).

É nos membros inferiores que se encontram os ossos mais longos do corpo, como o fêmur, a tíbia e a fíbula, de forma que, quando a energia da colisão é dissipada, são as estruturas que absorvem maior impacto, resultando, principalmente, em fraturas. Já os membros superiores, na maioria das vezes, são utilizados de forma reflexa como uma

proteção à vítima. Ela os utiliza como uma forma de amenizar o impacto de outras partes do corpo, resultando em fraturas, entorses e escoriações (ATLS, 2008).

As fraturas de crânio e face são decorrentes da ejeção do corpo contra as estruturas do automóvel e/ou da ejeção do veículo e colisão com solo ou objeto sólido. Esse tipo de fratura pode, muitas vezes, estar associado a lesões cervicais, sendo importante a imobilização através do colar cervical até se descartar totalmente o risco de lesão. Este tipo de lesão requer um cuidado específico e rigoroso, pois pode ocasionar o chamado traumatismo crânioencefálico, caracterizado quando atinge e compromete as funções cerebrais, podendo ocorrer no momento do acidente ou desenvolver-se no decorrer das horas. Desse modo, é importante a realização da avaliação neurológica constante e utilização de exames de imagem para identificação e reversão do quadro (ATLS, 2008; PHTLS, 2011, MORTON, 2007).

CONCLUSÃO

A epidemiologia do trauma é um fator que sofre ascensão a cada dia. Caso acompanharmos os índices, ou até mesmo as notícias nos cotidianos, podemos ver o quão relevante é a necessidade de se investir em estudos, campanhas e políticas nacionais de redução de morbi-mortalidade para diminuição destes números e para uma melhor assistência a esses pacientes, como forma de proporcionar uma melhor qualidade de vida e diminuir os índices.

É importante conhecer o perfil destes pacientes, preparar a equipe de saúde, articular os diversos setores, visar à criação de protocolos de cooperação na prevenção destes acidentes assim como instrução para capacitação dos profissionais de saúde que atuam na área de acordo com as diretrizes e dispor dos recursos necessários, otimizando o serviço e tornando-o mais ágil. Dessa forma, trazem-se melhores condições aos profissionais e aos pacientes que se encontram no perfil estudado.

REFERÊNCIAS

1. ANDRADE Selma Malffe et al. Comportamentos de risco para acidentes de trânsito: um inquérito entre estudantes de medicina na região sul do Brasil. **Rev Assoc Méd Bras** 2003; 49:439-44.

2. ATLS. **Advanced Trauma Life Support**. Manual 8^a ed. American College of Surgeons. Chicago, Illinois, 2008.
3. BAHTEN, Luiz Carlos Von. In: FREIRE, Evandro. **Trauma: a doença dos séculos**. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. **Painel de Indicadores do SUS**. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Ano I, nº 1. Agosto de 2006.
5. GUYTON, Arthur C. **Livro – Fisiologia Humana**. 6^a ed. Editora Guanabara Koogan, 2005.
6. JORGE Maria. Helena. Prado de. Mello. , LAURENTI Ruy. Apresentação. **Rev Saúde Pública**, 1997; 31(4 Suppl):1-4.
7. KOIZUMI, Maria Sumie. Acidentes de motocicleta no Município de São Paulo, SP (Brasil): caracterização do acidente e da vítima. **Rev Saúde Pública**, 1985; 19: 475-89.
8. LUNA, G. K. et al. Incidence and effect of hypothermia in seriously injured patients. **Journal of Trauma**, 1987; 27:1014-18.
9. MALVESTIO Marisa. Amaro, SOUSA Regina Márcia Cardoso de. Acidentes de trânsito: caracterização das vítimas segundo o Revised Trauma Score medido no período pré-hospitalar. **Rev. esc. enferm. USP**. 2002; 36(4):394-401.
10. MARÍN Letícia, QUEIROZ Marcos S. A atualidade dos acidentes de trânsito na era da velocidade: uma visão geral. **Cad Saúde Pública** 2000; 16:7-21.
11. MORTON, Patrícia Gonce. et al. **Cuidados Críticos de Enfermagem: Uma Abordagem Holística**. 8^a Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. 1387 p.
12. PHTLS – **Pre hospital trauma life support**. NAEMT, Seventh edition. Elsevier, 2011.
13. SANTOS, Ana Maria Ribeiro dos, et al. Perfil das vítimas de trauma por acidente de moto atendidas em um serviço público de emergência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p.1927-1938, 14 jan. 2008. Trimestral. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800021>. Acesso em: 27 jun. 2012.
14. SAUER, Maria Teresa Nardin; WAGNER Mario Bernardes. Acidentes de trânsito fatais e sua associação com a taxa de mortalidade infantil e adolescência. **Cad Saúde Pública** 2003; 19:1519-26.
15. SESSLER, D.L. **Complications and treatment of mild hypothermia**, Anesthesiology, 2001;95-531-43.

16. SMELTZER, Suzanne. C.; BARE, Brenda G. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 11^a ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2009.

5.2 – Artigo 2 - DIAGNÓSTICOS REAIS E PROPOSTA DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA OS PACIENTES VÍTIMAS DE MÚLTIPLOS TRAUMAS: NANDA E NIC

Cibele D'Avila Kramer Cavalcanti¹

Patrícia Ilha²

Kátia Cilene Godinho Bertoncello³

¹ Cibele D'Avila Kramer Cavalcanti, acadêmica da 8ª fase do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Membro do Grupo de Estudo no Cuidado de Pessoas nas Situações Agudas de Saúde – GEASS.

² Patrícia Ilha, acadêmica da 8ª fase do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Monitora do Laboratório de Enfermagem da UFSC e membro do Grupo de Estudo no Cuidado de Pessoas nas Situações Agudas de Saúde - GEASS.

³ Kátia Cilene Godinho Bertoncello, Enfermeira. Doutora em Enfermagem Fundamental USP. Professora Adjunta II do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Coordenadora do Mestrado Profissional Associado à Residência Multidisciplinar em Saúde. Pesquisadora do Grupo de Estudo no Cuidado de Pessoas nas Situações Agudas de Saúde - GEASS.

RESUMO: Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório, descritivo, trasnversal, que objetivou identificar os diagnósticos reais apresentados por pacientes, vítimas de múltiplos traumas, segundo a Taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association* Internacional, e apresentar uma proposta de intervenções de enfermagem a estes, baseados no *Nursing Interventions Classification*. Realizando-se na unidade de emergência de um hospital referência no atendimento de múltiplos traumas do sul do país. Foram analisados 41 pacientes, maiores de 18 anos, ambos sexos, não gestantes, que deram entrada através de um serviço de Atendimento Pré Hospitalar. Foram identificados 25 diagnósticos sendo os 12 de maior frequência: Dor aguda; Mobilidade física prejudicada; Deambulação prejudicada; Capacidade de transferência prejudicada; Padrão respiratório ineficaz; Integridade da pele prejudicada; Integridade tissular prejudicada; Mobilidade no leito prejudicada; Déficit no autocuidado para higiene íntima; Déficit no autocuidado para alimentação; Déficit no autocuidado para vestir-se; e Déficit no autocuidado para o banho. Foram apresentadas 82 propostas de intervenções de enfermagem, que pudessem propiciar uma redução destes danos aos pacientes vítimas de traumas múltiplos.

PALAVRAS CHAVE: Traumatismo múltiplo. Diagnóstico de enfermagem. Enfermagem em emergência.

INTRODUÇÃO

A assistência de enfermagem na unidade de emergência proporciona ao Enfermeiro situações desafiadoras, que requerem dedicação e atenção para um cuidado individualizado e de qualidade (SMELTZER, BARE, 2009).

A principal atribuição do enfermeiro assistencial é diagnosticar, prescrever ações de enfermagem e coordenar a equipe, visando uma assistência qualificada, proporcionando um cuidado eficaz.

O atendimento a vítima de múltiplos traumas requer uma atenção ainda mais especializada visto suas particularidades e necessidades de tomadas de decisões rápidas, principalmente nas primeiras horas do trauma (*golden hour*) que são cruciais para o bom prognóstico desse paciente. O profissional deve utilizar seus conhecimentos teóricos científicos e práticos, na tentativa de reduzir as iatrogênias, minimizar os danos e potencializar o tratamento (STEINMAN; FIGUEIREDO; JUNIOR, 2011).

No ano de 2002 o Ministério da Saúde lançou a portaria nº 2.048, com o intuito de promover a qualidade de vidas dos usuários de serviços de urgências e emergências através dos princípios básicos do SUS (universalidade e integralidade), buscando um atendimento adequado ao paciente vítima de trauma/violência do pré-hospitalar e intra-hospitalar (BRASIL, 2002).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), através da Resolução COFEN 358/2009 determina a aplicação da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) sendo uma atividade privativa do enfermeiro, um método utilizado pra identificação do processo de saúde/doença do usuário dos serviços de saúde, contribuindo assim para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação do paciente de acordo com os princípios do SUS (COFEN, 2009).

O principal objetivo da SAE é proporcionar uma avaliação continua e meticulosa do paciente, a implementação dos cuidados de enfermagem é feita através do Processo de Enfermagem (PE). É a partir dele que o enfermeiro planeja a assistência, compreendida em

cinco etapas, o histórico de enfermagem (coleta de dados), diagnósticos de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem, a qual é aplicada de uma forma deliberativa e sistêmica, com o objetivo de atender a todas as necessidades humanas básicas do paciente (COFEN, 2009; SMELTZER; BARE, 2009).

De acordo com Truppel e Meier (2009) *Nursing Interventions Classification* (NIC), a *Nursing Outcomes Classification* (NOC), a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), entre outras, tem como objetivo padronizar a linguagem e a comunicação entre enfermeiro e equipe de enfermagem. Além de otimizar o tempo na elaboração dos diagnósticos de enfermagem, permitindo que o enfermeiro passe mais tempo nas atividades assistenciais (TRUPPEL, MEIER, 2009).

O conhecimento teórico-científico juntamente com a NIC e a NANDA-I tornam-se um instrumento que possibilita ao profissional uma maior viabilidade de aplicar a assistência de enfermagem de forma mais qualificada e integral (PERES; CRUZ; LIMA, 2009).

Analizando a literatura não encontramos estudos que tenham investigado os diagnósticos de enfermagem à pacientes vítimas de múltiplos traumas. Sendo assim a presente pesquisa teve caráter investigatório e a realização desse estudo, enfocando os diagnósticos reais presentes nos pacientes vítimas de múltiplos traumas atendidos na sala de urgência e emergência, poderá oferecer subsídios para o planejamento da assistência a esse público, todavia a de resalta o seguinte questionamento: “*Quais os principais diagnósticos reais e intervenções de enfermagem, segundo Taxonomia II da NANDA-I e NIC, apresentados pela população vítima de múltiplos traumas, atendida na emergência do Hospital Publico na cidade de Florianópolis no Estado de Santa Catarina?*”.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório, descritivo, transversal, realizado em uma unidade de urgência e emergência, de um Hospital Público de grande porte da rede SUS, referência regional para ortopedia e traumatologia, do sul do país.

A pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, sob protocolo de número 2435/2012 e Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do

Hospital Governador Celso Ramos sob protocolo de número 001/2012. Os participantes da pesquisa foram esclarecidos e consultados por meio do termo de consentimento por escrito livre e esclarecido, garantindo-lhes a todo o momento o direito de desistência da participação, assim como o completo anonimato.

A amostra constituiu-se de 41 pacientes atendidos na unidade de urgência e emergência que sofreram múltiplos traumas, e que foram atendidos durante o período de coleta de dados que ocorreu entre 17 de fevereiro a 6 de abril de 2012.

A coleta de dados deu-se em quatro etapas sendo elas: a) o acolhimento da vítima que chegava a sala de reanimação encaminhado pelo atendimento pré-hospitalar, através do monitoramento dos seus sinais vitais; b) a passagem de plantão do APH para o profissional responsável naquele plantão, quando era coletado histórico relativo à cinemática do trauma, tipo de ocorrência e os sinais vitais no local da ocorrência.

Na etapa c) eram realizado a anamnese e histórico do paciente pelas pesquisadoras levantando os dados relativos à integridade corporal do paciente. Na última fase a d) era realizada uma entrevista com o paciente quanto se encontrava consciente e orientado, ou com o seu familiar e/ou responsável a respeito da pesquisa e assim convidado a participar desta investigação, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A análise dos dados foi realizada em três etapas. Na primeira foi realizado o levantamento das principais características apresentadas por estes pacientes assim como suas necessidades prioritárias. Para compor o banco de dados, foi utilizado o programa estatístico, *Statistical Package for the Social Sciences SPSS®* versão 17.

A segunda etapa deu-se através do processo de raciocínio do diagnóstico de Risner (1990), que é dividido em duas etapas, a análise e a síntese. Na análise, o material coletado é examinado de forma crítica e separado em partes. Sendo dividida em duas etapas, são elas: categorização dos dados, que são organizados, agrupados ou colocados de maneira lógica, sistematizada e podem ser embasados em diferentes modelos conceituais; identificação de lacunas de dados, compreendida como sendo a etapa na qual os dados incompletos são avaliados, podendo haver necessidade de nova coleta de dados.

Na etapa de síntese o processo de raciocínio é realizado levando em consideração o agrupamento de dados, que é o início dessa fase onde os dados relevantes são agrupados, comparados com teorias, modelos e/ou conceitos. São identificados desvios ou potencialidades de saúde (inferência ou hipótese). É definida como a etapa do julgamento

clínico, pois elaboram-se hipóteses diagnósticas, considerando as conclusões esboçadas. Que neste estudo, deu-se após a coleta onde foram relacionados os problemas apresentados dentro das características e fatores relacionados, individuais de cada paciente.

Por ultimo comparando com os modelos definidos pela Taxonomia II da NANDA Internacional 2009-2011 (*North American Nursing Diagnosis Association*), sendo identificados os principais diagnósticos reais, levando em consideração a situação de urgência em que se encontravam, o tempo de permanência na unidade de urgência e emergência e os procedimentos iniciais a serem realizados.

RESULTADOS

Durante a investigação foram encontrados 25 diagnósticos reais de enfermagem. A tabela 1 mostra, segundo os domínios da classificação da NANDA-I, as frequências de pacientes que tiveram cada diagnóstico identificado.

Tabela 1 - Frequência de diagnósticos reais, segundo a Taxonomia II da NANDA-I em pacientes vítimas de múltiplos traumas, Florianópolis, 2012

Domínio	Categoria diagnóstica		Pacientes		
	%*		N [∞]	N	%
Nutrição	8	Volume de líquidos deficientes	1	9	21,9
		Deglutição prejudicada	1	1	2,4
Eliminação e troca	4	Troca de gases prejudicada	1	5	12,1
Atividade/Repouso	48	Mobilidade física prejudicada	1	33	80,4
		Deambulação prejudicada	1	32	78,0
		Déficit no autocuidado para o banho	1	31	75,6
		Déficit no autocuidado para vestir-se	1	30	73,1
		Déficit no autocuidado para higiene íntima	1	29	70,7

		Mobilidade no leito prejudicada	1	28	68,3
		Capacidade de transferência prejudicada	1	26	63,0
		Déficit no autocuidado para alimentação	1	21	51,2
		Padrão respiratório ineficaz	1	21	51,2
		Perfusão tissular periférica ineficaz	1	18	43,9
		Débito cardíaco diminuído	1	8	19,5
		Ventilação espontânea prejudicada	1	4	9,75
Percepção/Cognição	4	Confusão aguda	1	1	2,43
		Memória prejudicada	1	1	2,43
Segurança/Proteção	28	Desobstrução ineficaz de vias áreas	1	2	4,87
		Integridade da pele prejudicada	1	24	58,53
		Integridade tissular prejudicada	1	24	58,53
		Mucosa oral prejudicada	1	5	12,19
		Hipertermia	1	3	7,31
		Hipotermia	1	8	19,51
		Termorregulação ineficaz	1	11	26,82
Conforto	4	Dor aguda	1	41	100
Total	100		25	41	100

Os diagnósticos mais frequentes foram dor aguda (41/100%), mobilidade física prejudicada (33/80,4%), deambulação prejudicada (32/78%), déficit no autocuidado para banho (31/75,6%), déficit no autocuidado para vestir-se (30/73,1%), déficit no autocuidado para higiene íntima (29/70,7%), mobilidade no leito prejudicada (28/68,2%), capacidade de transferência prejudicada (26/63%), integridade da pele prejudicada (24/58,5%), integridade

tissular prejudicada (24/58,5%), déficit no autocuidado para alimentação (21/51,2%) e padrão respiratório ineficaz (21/51,2%).

Dos 13 domínios que compõem a Taxonomia II da NANDA-I e seus diagnósticos, sete domínios não foram encontrados, são eles: Promoção da Saúde, Autopercepção, Papéis e Relacionamentos, Sexualidade, Enfrentamento/Tolerância ao Estresse, Princípios da Vida e Crescimento e Desenvolvimento, pois durante o período de atendimento a esses pacientes eles não apresentaram características definidoras e fatores relacionados que os incluem nesses domínios.

Os domínios Nutrição (8%), Eliminação (4%), Percepção/Cognição (4%) e Conforto (4%) apareceram com menor frequência, ocorrendo ao menos uma vez em seu respectivo diagnóstico. Os domínios de Atividade/Repouso (48%), Segurança/Proteção (28%) e foram mais frequentes.

Dos 12 diagnósticos mais prevalentes (dor aguda 100%; mobilidade física prejudicada 80,48%; deambulação prejudicada 78,04%; déficit no autocuidado para banho 75,60%; déficit no autocuidado para vestir-se 73,17%; déficit no autocuidado para higiene íntima 70,73%; mobilidade no leito prejudicada 68,28%; capacidade de transferência prejudicada 63%; integridade da pele prejudicada 58,53%; Integridade tissular prejudicada 58,53%; déficit no autocuidado para alimentação 51,21%; padrão respiratório ineficaz 51,21%), são descritos a seguir com suas respectivas características definidoras e fatores relacionados, de acordo com o registro realizado durante o atendimento a vítima de múltiplos traumas.

Quadro 1 – Diagnósticos reais de Enfermagem mais frequentes com suas características definidoras e fatores relacionados, Florianópolis, 2012.

Diagnóstico de enfermagem	Característica definidora	Fator Relacionado
Dor Aguda	Expressão facial Alteração na pressão sanguínea Mudança na frequência cardíaca Dilatação pupilar	Agentes lesivos
Mobilidade física prejudicada	Amplitude limitada de movimento Capacidade limitada para desenvolver habilidades motoras grossas Capacidade limitada para desenvolver habilidades motoras finas	Dor Perda da integridade de estruturas ósseas Prejuízos musculoesqueléticos

Deambulação prejudicada	Capacidade prejudicada para percorrer as distâncias necessárias	Prejuízo neuromuscular Prejuízo músculo esquelético Dor
Déficit de autocuidado para o banho	Incapacidade de acessar o banheiro Incapacidade de lavar o corpo Incapacidade de pegar artigos para o banho Incapacidade de regular a água do banho Incapacidade de secar o corpo	Prejuízo musculoesquelético Dor Prejuízo neuromuscular
Déficit no autocuidado para vestir-se	Incapacidade de colocar roupas na parte superior do corpo Incapacidade de colocar roupas na parte inferior do corpo	Dor Prejuízo musculoesquelético Prejuízo neuromuscular
Déficit no autocuidado para higiene íntima	Incapacidade de chegar ao vaso sanitário ou à cadeira higiênica Incapacidade de fazer uma higiene íntima apropriada	Dor Prejuízo musculoesquelético Prejuízo neuromuscular
Déficit no autocuidado para alimentação	Incapacidade de manusear utensílios	Dor Prejuízo musculoesquelético Prejuízo neuromuscular
Mobilidade no leito prejudicada	Capacidade prejudicada de mover-se da posição prona para posição supina Capacidade prejudicada para virar-se de um lado para o outro	Dor Prejuízo musculoesquelético
Capacidade de transferência	Incapacidade de transferir-se da cama para cadeira Incapacidade de transferir-se da cama para posição em pé	Dor Prejuízo musculoesquelético Prejuízo neuromuscular Prejuízo cognitivo
Integridade da pele prejudicada	Rompimento da pele Destruição de camadas da pele Invasão de estruturas do corpo	Circulação prejudicada Fatores mecânicos Hipotermia Extremos de idade Imobilização física
Integridade tissular prejudicada	Tecido destruído Tecido lesado	Fatores mecânicos Mobilidade física prejudicada
Padrão respiratório ineficaz	Taquipnéia Bradipnéia	Dor Dano musculoesquelético Hiperventilação Disfunção neuromuscular

A análise conclusiva da referida pesquisa mostrou que os diagnósticos de enfermagem reais dos pacientes vítimas de trauma desta investigação, optou-se por discutir aqueles que obtiveram frequências igual ou maior a cinquenta por centos (12), com o intuito de priorizar as intervenções de enfermagem.

A seguir são apresentadas as propostas de intervenções para os 12 diagnósticos de enfermagem (DE) reais mais frequentes, com base nos fatores relacionados e nas características definidoras.

Quadro 2 - Diagnósticos de enfermagem e Intervenções, Florianópolis, 2012

Diagnóstico de enfermagem	Intervenções de enfermagem
Dor Aguda	<p>Realizar uma avaliação completa da dor, incluindo local, características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade e gravidade, além de fatores precipitadores;</p> <p>Observar a ocorrência de indicadores não verbais de desconforto, em especial nos pacientes incapazes de se comunicar com eficiência;</p> <p>Usar estratégias terapêuticas de comunicação para reconhecer a experiência de dor e transmitir aceitação da resposta do paciente a dor;</p> <p>Investigar os fatores que aliviam/pioram a dor;</p> <p>Avaliar experiências anteriores de dor, inclusive histórico individual e familiar de dor crônica ou incapacidade resultante, conforme apropriado;</p> <p>Avaliar com o paciente e a equipe cuidados de saúde e eficácia de medidas passadas utilizadas para controlar a dor;</p> <p>Auxiliar o paciente e a família a buscar e obter apoio;</p> <p>Determinar a frequência necessária para fazer uma avaliação do conforto do paciente e a implementar um plano de monitoramento;</p> <p>Informar sobre a dor, suas causas, duração e desconfortos antecipados em decorrência dos procedimentos;</p> <p>Controlar fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do paciente ao desconforto;</p> <p>Reduzir ou eliminar fatores que precipitam ou</p>

	<p>aumentam a experiência de dor;</p> <p>Ensinar os princípios de controle de dor;</p> <p>Encorajar o paciente a monitorar a própria dor e intervir de forma adequada;</p> <p>Administrar analgésicos, quando prescritos;</p> <p>Aplicar calor/frio quando apropriado.</p>
<p>Mobilidade física prejudicada e Mobilidade no leito prejudicada</p>	<p>Determinar a capacidade atual do paciente em transferir-se (ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência, capacidade para ficar em pé e suportar o peso, nível de consciência, capacidade de cooperar, capacidade de compreender instruções;</p> <p>Selecionar a técnica de transferência adequada ao paciente;</p> <p>Orientar o paciente sobre todas as técnicas apropriadas, almejando atingir o maior nível de independência;</p> <p>Orientar o indivíduo quanto ao uso auxiliares da deambulação;</p> <p>Identificar os métodos de prevenção de lesão durante as transferências;</p> <p>Demonstrar a técnica, conforme apropriado;</p> <p>Determinar quantidade e tipo de assistência necessária;</p> <p>Usar a mecânica corporal correta durante os movimentos;</p> <p>Manter o corpo do paciente no alinhamento correto durante os movimentos;</p> <p>Auxiliar o paciente a deambular usando o corpo como muleta humana, conforme apropriado;</p> <p>Avaliar o paciente ao término da transferência quanto ao alinhamento corporal correto, a não oclusão de sondas e drenos, roupas de cama com rugas e dobras, pele desnecessariamente exposta, nível de conforto adequado para o paciente, laterais da cama levantadas e campainha ao alcance da mão.</p>
<p>Déficit no auto cuidado para</p>	<p>Dar assistência no banho/higiene;</p>

banho e higiene	<p>Manter cuidados com as unhas, períneo, cabelos, olhos, ouvidos e pés;</p> <p>Promover saúde oral;</p> <p>Promover a mecânica corporal;</p> <p>Melhorar a imagem corporal do paciente;</p> <p>Melhorar a autoestima do paciente;</p> <p>Auxiliar na utilização do vaso sanitário;</p> <p>Auxiliar o paciente a vestir-se/arrumar-se;</p> <p>Estimular o exercício de vestir-se;</p> <p>Prevenção de Quedas.</p>
Déficit no autocuidado para alimentação	<p>Atividades:</p> <p>Monitorar a capacidade de deglutir do paciente</p> <p>Identificar a dieta prescrita;</p> <p>Garantir a posição adequada do paciente para facilitar a mastigação e deglutição;</p> <p>Oferecer assistência física se necessária;</p> <p>Providenciar higiene oral antes das refeições;</p> <p>Colocar o paciente em posição confortável para comer;</p>
Déficit no autocuidado para vestir-se	<p>Oferecer a roupa de modo que o paciente tenha acesso a elas (p.ex., junto ao leito);</p> <p>Estar disponível para ajudar a vestir o paciente, se necessário;</p> <p>Manter a privacidade enquanto o paciente se veste;</p> <p>Reforçar as tentativas de vestir-se sozinho.</p>
Integridade da pele prejudicada e Integridade tissular prejudicada	<p>Realizar curativo com a medicação tópica, adequada;</p> <p>Observar sinais e sintomas de infecção;</p> <p>Observar e manter cuidados com áreas de pressão;</p> <p>Hidratar a pele, quando necessário;</p> <p>Fazer limpeza diária da incisão operatória;</p>

	<p>Realizar curativo na área da amputação;</p> <p>Observar e registrar possíveis alterações nas extremidades inferiores;</p> <p>Orientar ou posicionar o paciente para um melhor fluxo circulatório;</p> <p>Manter cuidados com artigos de látex, quando necessário;</p> <p>Observar sinais e sintomas de infecção em punção venosa;</p> <p>Observar alterações na pele.</p>
Padrão respiratório ineficaz	<p>Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforços na respiração;</p> <p>Registrar movimentos torácicos observando a existência de simetria uso de musculatura acessória e retração de músculos supraclaviculares e intercostais;</p> <p>Monitorar ocorrência de respiração ruidosa, como sibilos esganiçados e roncos;</p> <p>Monitorar os padrões respiratórios: bradipnéia, taquipnéia, hiperventilação, respirações <i>Kussmaul</i>, respiração de <i>Cheyne-Stokes</i>, padrão apneustico, respiração de <i>Bilot</i> e padrões atáxicos;</p> <p>Palpar em busca de expansão pulmonar igual;</p> <p>Percutir o tórax anteriormente e posteriormente, dos ápices às bases, bilateralmente;</p> <p>Observar localização da traqueia;</p> <p>Monitorar a ocorrência da fadiga de músculos diafragmáticos (movimento paradoxal);</p> <p>Auscultar os sons respiratórios, observando as áreas de ventilação diminuída/ausente e a presença de ruídos adventícios;</p> <p>Monitorar dados do ventilador mecânico, registrando aumentos nas pressões inspiratórias e reduções no volume corrente, conforme apropriado;</p> <p>Monitorar a ocorrência de aumento da inquietação, ansiedade e falta de ar;</p> <p>Registrar mudanças no SaO_2, SvO_2, CO_2 corrente</p>

	<p>terminal e mudanças nos valores gasometria arterial, conforme apropriado;</p> <p>Monitorar a ocorrência de dispneia e eventos que melhorem ou piorem;</p> <p>Monitorar rouquidão e mudança na voz, de hora em hora, em pacientes com queimadura facial;</p> <p>Monitorar a ocorrência de crepitação, conforme apropriado;</p> <p>Abrir vias aéreas, usando a técnica de elevação de queixo ou de manobra mandibular, conforme apropriado;</p> <p>Colocar paciente deitado de lado, conforme indicação, para evitar aspiração; realizar movimentação em bloco diante de suspeita de aspiração cervical;</p> <p>Instituir esforços de reanimação se necessário.</p>
<p>Capacidade de transferência prejudicada e Deambulação prejudicada</p>	<p>Revisar o prontuário em relação a ordens de atividades;</p> <p>Determinar o nível de mobilidade e as limitações dos movimentos;</p> <p>Determinar o nível de consciência e a capacidade de colaborar;</p> <p>Ajudar o paciente a receber todos os cuidados necessários;</p> <p>Oferecer privacidade, evitar correntes de ar e conservar o recato dos pacientes;</p> <p>Usar mecânica corporal correta durante movimentos;</p> <p>Transferir paciente da cama para a maca, ou vice-versa, usando lençol para a virada, conforme apropriado;</p> <p>Usar cadeira de rodas para paciente que não consegue funcionar.</p>

DISCUSSÃO

Apesar da multiplicidade de diagnósticos reais, optou-se nesse momento, por discutir as categorias diagnósticas que apresentaram frequência igual ou maior a 50% (12), os respectivos fatores relacionados e características definidoras.

O diagnóstico de dor aguda tem como definição:

Experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (Associação Internacional para Estudo da Dor); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses (NANDA I, p.375, 2010).

Nesta pesquisa o diagnóstico de dor aguda foi relacionado a agentes lesivos e descrito por característica definidora de: expressão facial de dor, alteração na pressão sanguínea, mudança na frequência cardíaca, dilatação pupilar (NANDA I, 2010), esse DE esteve presente em 100% dos pacientes, pois a presença de múltiplas lesões traumáticas é imediata.

Para CYRILLO; DARLI e CANINI (2009) a dor é um experiência sensorial e emocional desagradável com caráter subjetivo, o seu significado para a vítima de trauma está relacionado com as suas experiências vividas no evento. Segundo CALIL (2008) a dor é uma das principais queixas encontradas nos serviços de emergência, tanto em paciente clínicos, quanto cirúrgicos, com intensidade moderada e forte as mais comuns.

O *não cuidado* da dor aguda leva a ativação de vias neuronais por um período prolongado as disfunções orgânicas e os efeitos prejudiciais como aumento da frequência cardíaca e respiratória, levando a uma diminuição da distribuição do oxigênio nos tecidos, diminuição da perfusão sanguínea periférica e contração muscular reflexa (CALIL, 2008).

Mobilidade física prejudicada, deambulação prejudicada, capacidade de transferência prejudicada, padrão respiratório, integridade da pele e tissular prejudicada, mobilidade no leito prejudicada e déficit no autocuidado, seja para higiene íntima, alimentação, vestir-se e o banho possuem relação com a dor.

Mobilidade física prejudicada é definido como “limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades” (NANDA-I, 2010, p. 149), a mobilidade do paciente está diretamente relacionada com a independência do paciente, todavia geralmente a mesma se encontra prejudicada devido as condições do trauma, o entendimento sobre os aspectos psicossociais é de suma importância para o cuidado de cada

indivíduo, individualizando assim o cuidado de enfermagem, sendo o entendimento de SILVA, VIANA E VOLPATO (2008).

Deambulação prejudicada, mobilidade no leito prejudicada, capacidade de transferência estão diretamente relacionados com a mobilidade física prejudicada e interligadas entre si.

Agregado ao domínio de segurança e proteção, a integridade tissular prejudicada, grande parte dos pacientes receberam este diagnóstico (58,5%), pois apresentavam como característica definidora, tecido destruído e/ou lesado em decorrência de um evento traumático. A integridade da pele prejudicada também apareceu em 58,5% dos pacientes, apresentando rompimento da pele, destruição das camadas da pele e invasão de estruturas do corpo, causados por acidentes, quedas ou até mesmo por condutas do APH e intra hospitalar (imobilização, fatores mecânicos).

Imobilização no leito, diminuição da atividade motora, perfusão inadequada e problemas de mobilização em conjunto com a punção venosa periférica, auxiliam na *destruição* e sofrimento da epiderme e derme (FONTES, CRUZ, 2006).

Quando falamos no déficit no auto cuidado encontramos quatro situações, como o déficit no auto cuidado para banho, déficit no auto cuidado para vestir-se, déficit no auto cuidado para higiene íntima e déficit no auto cuidado para alimentação.

O DE déficit no autocuidado para banho teve relação com dor em 41 (100%) dos pacientes, a prejuízo músculo esquelético e prejuízo neuromuscular 33 (80,4%) vítimas de trauma, manifestados por incapacidade de acessar o banheiro, de lavar o corpo, de obter a fonte da água, de pegar artigos para o banho, de regular a água do banho, de secar o corpo.

O déficit no auto cuidado para vestir-se está “condicionado à capacidade prejudicada de realizar ou completar atividade vestir-se e arrumar-se por si mesmo” (NANDA-I, 2010, p. 178) representado pelas seguintes características definidoras incapacidade de colocar roupas na parte superior e inferior do corpo, relacionadas à dor (100%), prejuízo neuromuscular e musculoesquelético (80,4%) dos pacientes.

O déficit no autocuidado para higiene íntima definido por capacidade prejudicada de realizar ou completar as atividades de higiene íntima por si só, a imobilidade física do paciente, causada por um prejuízo musculoesquelético e neuromuscular, levam a incapacidade de chegar ao vaso sanitário ou à cadeira higiênica e realizar uma fazer uma higiene íntima apropriada.

Já o déficit no auto cuidado para alimentação é representado pela capacidade prejudicada de desempenhar ou completar as atividades de alimentação (NANDA-I, p.178, 2010), estando diretamente relacionado à dor, prejuízo neuro e musculoesquelético, impossibilitando o manuseamento de utensílios que auxiliam o paciente na sua alimentação.

O diagnóstico padrão respiratório ineficaz está definido na Taxonomia II da NANDA-I (2010) como: inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada, representada por taquipnéia e bradipnéia, relacionada à dor, dano músculo esquelético, hiperventilação, disfunção neuromuscular.

Os movimentos respiratórios inspiração e expiração são responsáveis pela obtenção de oxigênio através da difusão, perfusão e eliminação do gás carbônico, quando essa troca de gases não ocorre adequadamente, ocorre uma lesão cerebral secundária em decorrência da lesão primária causada pelo trauma inicial.

Sendo assim nas situações de emergência o controle da oxigenação cerebral e oferta de oxigênio para os demais órgãos do corpo, são aspectos relevantes no atendimento, de acordo com CYRILLO, DARLI e CANINI (2009) as necessidades fisiológicas tem prioridade em relação às demais.

A Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) abordam tanto a assistência direta ou indireta, focalizando o indivíduo, família e a comunidade, ela é o arranjo das atividades de enfermagem, de acordo com os seus grupos ou conjuntos, levando em consideração as relações e determinações que designa as intervenções de um grupo. A seleção de uma intervenção é uma tomada de decisão direta do enfermeiro para um paciente em particular. Vários fatores são considerados imprescindíveis para a seleção de intervenção de enfermagem de acordo com a NIC (2010), levando em consideração seis dos principais: os resultados almejados, as características dos DE, pesquisa básica para a intervenção, a viabilidade da ação, a adesão do paciente a terapêutica proposta e a capacidade do enfermeiro.

CONCLUSÃO

Em relação ao objetivo proposto, identificar os principais diagnósticos de enfermagem, encontrados em pacientes que sofreram múltiplos traumas, documentados durante o período de coletas de dados, o domínio atividade e repouso e segurança/proteção foi o que mais obteve representatividade pelos seus respectivos diagnósticos.

Os 12 principais diagnósticos encontrados foram Dor aguda (41/100%), Mobilidade física prejudicada (33/80,4%), Deambulação prejudicada (32/78%), Déficit no autocuidado para banho (31/75,6%), Déficit no autocuidado para vestir-se (30/73,1%), Déficit no autocuidado para higiene íntima (29/70,7%), Mobilidade no leito prejudicada (28/68,2%), Capacidade de transferência prejudicada (26/63%), Integridade da pele prejudicada (24/58,5%), Integridade tissular prejudicada (24/58,5%), Déficit no autocuidado para alimentação (21/51,2%), Padrão respiratório ineficaz (21/51,2%). Eles caracterizam as necessidades de cuidados mais frequentes focalizados pelos enfermeiros que avaliam e prestam o cuidado inicial ao paciente vítima de múltiplos traumas atendidos na unidade de emergência.

A proposta de intervenções fundamentada pelos diagnósticos de enfermagem, proporcionam, ao paciente com múltiplos traumas, um cuidado individualizado, a partir de seus fatores relacionados e suas características definidoras, que são diferentes.

Destaca-se que o número de estudos sobre diagnósticos e intervenções de Enfermagem para pacientes vítimas de trauma, ainda é bastante escasso, salientando a dificuldade de coleta de dados principalmente nas passagens de plantão do atendimento pré-hospitalar para o intra-hospitalar, fazendo-se assim necessárias mais investigações com estas temáticas.

Acredita-se que o resultado deste estudo possa contribuir para a assistência de enfermagem prestada estes indivíduos vítimas de múltiplos traumas, institucionalizados e atribuir maior cientificidade à prática profissional.

REFERÊNCIAS

- 1.BRASIL. Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Ministério da Saúde, 2002.
- 2.CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM- COFEN. Resolução nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 2009.

- 3.CALIL, Ana Maria. Avaliação da dor e analgesia no atendimento pré-hospitalar em pacientes de trauma. **Revista Gaúcha Enfermagem**. Porto Alegre (RS) 2008 jun;29(2):308-13.
- 4.CARVALHO, Emilia Campos; LOURENCINI, Renata R. Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma atendidas em um serviço pré-hospitalar avançado móvel. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2009; 11(4):811-9.
- 5.CYRILLO, Regilene M.Z; DALRI, Maria Cecília B; CANINI, Silvia Rita M.S;
- 6.DOCHTERMAN, Joane.McCloskey; BULECHEK, Gloria M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**, Artmed, 4^a ed. 2008.
- 7.FONTES, Cassiana M. Bertoncello; CRUZ, Diná A.L. Monteiro. Diagnósticos de enfermagem documentados para pacientes de clínica médica. **Revista da Escola de Enfermagem USP** 2007; 41(3):395-402.
- 8.NANDA I. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação –2009 - 2011**. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- 9.PERES, Heloísa Helena C.; CRUZ, Diná de Almeida L.M; LIMA, Antônio Fernandes C. Desenvolvimento de Sistema Eletrônico de Documentação Clínica de Enfermagem Estruturado em Diagnósticos, resultados e intervenção. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43. n. 3-b. p. 1149-55, 2009.
- 10.PHTLS. **Basic and advanced Prehospital Trauma Life Support**. 7nd. St Louis: Mosby; 2011.
- 11.RISNER, P.B. Diagnosis: analysis and synthesis of data. In: GRIFFITH-KENNEY, J.W.; CRISTENSEN, P. J. **In: Nursing Process: application of theories frameworks, and models**. 2^a ed. St. Louis: Mosby, 1990. p. 132-57.
- 12.SILVA, Fernando Salomão; VIANA, Marina Fernandes; VOLPATO, Márcia PASCHOALI J. Diagnósticos de enfermagem em pacientes internados pela clínica ortopédica em unidade médico-cirúrgica. **Revista Gaúcha Enfermagem**. Porto Alegre (RS) 2008 dez; 29(4):565-72.
- 13.SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**, 10^a ed, São Paulo: Guanabara Koogan, 2010.
- 14.STEINMAN, Milton; FIGUEIREDO, Luiz F; JUNIOR, Amancio R. Capítulo 95: Politraumatismo. In: **Condutas com o paciente grave**. vol. 1. 3^a ed. p 1225-34.

15. TRPPEL, Thiago Christel; MEIER, Marineli Joaquim; CALIXTO, Riciana do Carmo; PERUZZO, Simone Aparecida; CROZETA, Karla. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, 2009 mar-abril; 62(2):221-7.

5.3 – Artigo 3 - DIAGNÓSTICOS DE RISCO E PROPOSTAS DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES VÍTIMAS DE MÚLTIPLOS TRAUMAS: NANDA E NIC

Cibele D'Avila Kramer Cavalcanti¹

Patrícia Ilha²

Kátia Cilene Godinho Bertoncello³

¹ Cibele D'Avila Kramer Cavalcanti, acadêmica da 8ª fase do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Membro do Grupo de Estudo no Cuidado de Pessoas nas Situações Agudas de Saúde – GEASS.

² Patrícia Ilha, acadêmica da 8ª fase do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Monitora do Laboratório de Enfermagem da UFSC e membro do Grupo de Estudo no Cuidado de Pessoas nas Situações Agudas de Saúde - GEASS.

³ Kátia Cilene Godinho Bertoncello, Enfermeira. Doutora em Enfermagem Fundamental USP. Professora Adjunta II do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Coordenadora do Mestrado Profissional Associado à Residência Multidisciplinar em Saúde. Pesquisadora do Grupo de Estudo no Cuidado de Pessoas nas Situações Agudas de Saúde - GEASS.

RESUMO: Trata-se de uma abordagem quantitativa, exploratório, descritivo, transversal realizado com pacientes vítimas de múltiplos traumas atendidos em uma unidade de emergência de referência do sul do país. A amostra foi constituída de 41 pacientes, maiores de 18 anos, não gestantes, que deram entrada através de um serviço de Atendimento Pré Hospitalar. Objetivou-se de identificar os diagnósticos de risco segundo a Taxonomia II da NANDA Internacional, a coleta de dados ocorreu no período de 17/02/2012 a 06/05/2012, com a finalidade de qualificar a assistência prestada, agilizar o atendimento e propiciar um cuidado integral que potencialize o tratamento. Os 20 diagnósticos de risco encontrados com maior frequência foram: Risco de glicemia instável; Risco de disfunção neurovascular periférica; Risco de infecção; Risco de perfusão renal ineficaz; Risco de trauma vascular; Risco de perfusão tissular gastrointestinal ineficaz; Risco de síndrome do desuso; Risco de desequilíbrio do volume de líquidos; Risco de desequilíbrio da temperatura; Risco de sangramento; Risco de disreflexia autonômica e Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz. Apresentou-se 130 intervenções de enfermagem, que proporcionassem uma redução dos danos sofridos e favorecessem o prognóstico dos pacientes vítimas de múltiplos traumas.

PALAVRAS CHAVE: Traumatismo múltiplo. Diagnostico de enfermagem. Enfermagem em emergência.

INTRODUÇÃO

A rede hospitalar, seja ela de urgência ou emergência, deve estar pronta para o atendimento de vítimas de trauma, o planejamento e uma boa equipe composta de bons equipamentos são fundamentais para se obter um atendimento positivo ao que se trata de trauma (ATLS, 2004; SMELTZER, BARE, 2009).

O enfermeiro é o profissional responsável para prestar o atendimento aos pacientes que possuem uma situação crítica de vida, incluindo-se os múltiplos traumas, que são as múltiplas lesões causadas por diversos danos sistêmicos, ou falhas nas difusões de órgãos vitais dos vitimizados (SMELTZER, BARE, 2009).

O tratamento das vítimas de múltiplos traumas requer uma avaliação rápida além de medidas terapêuticas de suporte avançado de vida, este suporte é dividido em dois cenários, o pré e o intra hospitalar, cenários estes que devem estar em perfeita sintonia e coordenação, para o estar do paciente (ATLS, 2004).

O profissional de enfermagem tem o papel fundamental para a assistência a vítima, com isso se fez necessário a sistematização do processo e protocolos.

O COFEN determina que a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é como privativa do profissional de enfermagem, pois proporciona uma avaliação continua e meticulosa do paciente, e tem o objetivo atender as necessidades humanas. Várias foram as classificações nacionais e internacionais criadas para padronizar a comunicação do enfermeiro e equipes afim de se ter uma assistência completa ao paciente (COFEN, 2009).

“Os números revelam que o país vive uma verdadeira epidemiologia de lesões e mortes no trânsito” (MINISTÈRIO DA SAÚDE, 2010 Fonte:<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/2955/162/acidentes-de-transito-matam1.862-pessoas-em-sc.html>). Durante todo o ano de 2010 ocorreram 40.610 mortes fatais no trânsito brasileiro, sendo 25% desses óbitos motociclistas, chegando a 145 mil internações no Sistema Único de Saúde (SUS), em Santa Catarina (SC) foram 1.862 óbitos, desses 557 ocorreu devido acidentes de moto (BRASIL, 2012).

Esta sistematização da prática assistencial de enfermagem vem abordar à prática do enfermeiro e da equipe de enfermagem no âmbito pré e intra-hospitalar propiciando assim uma assistência adequada e de qualidade ao paciente vítima de trauma, a qual permite que a enfermeira determine a resposta do paciente às prescrições de enfermagem e a extensão em que os objetivos foram alcançados (COFEN, 2009; SMELTZER; BARE, 2009).

Nursing Interventions Classification (NIC), a *Nursing Outcomes Classification* (NOC), a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), entre outras foram criadas com o intuito de padronizar a comunicação entre enfermeiros e equipe, a fim de implementar uma assistência completa para o paciente (TRUPPEL, MEIER, 2009).

A ideia inicial e o objetivo da NANDA é fazer com que o enfermeiro na elaboração dos diagnósticos, consequentemente tendo mais tempo para a assistência direta ao paciente e sua família, tenha seu tempo otimizado, as intervenções do cuidado direto ou indireto do paciente são propostas trazidas pela NIC (TRUPPEL, MEIER, 2009).

Neste estudo tentou-se identificar as principais necessidades, analisar e sintetizar e considerar quais seriam as situações que poderiam trazer consequência mais graves ao pacientes, as intervenções de enfermagem apresentam-se em direta ou indireta, através dos diagnósticos de risco.

Analizando a literatura não encontramos estudos que tenham investigado os diagnósticos de enfermagem à pacientes vítimas de múltiplos traumas. Sendo assim a presente pesquisa teve caráter investigatório e a realização desse estudo, enfocando os diagnósticos reais presentes nos pacientes vítimas de múltiplos traumas atendidos na sala de urgência e emergência, poderá oferecer subsídios para o planejamento da assistência a esse público, todavia a de resalta o seguinte questionamento: “*Quais os principais diagnósticos de risco e intervenções de enfermagem, segundo Taxonomia II da NANDA-I e NIC, apresentados pela população vítima de múltiplos traumas, atendida na emergência do Hospital Publico na cidade de Florianópolis no Estado de Santa Catarina?*”.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório, descritivo, transeversal, realizado em uma unidade de urgência e emergência, de um Hospital Público de grande porte da rede SUS, referência regional para ortopedia e traumatologia, do sul do país.

Durante a pesquisa elaborada os participantes da pesquisa foram esclarecidos e consultados, posteriormente solicitamos para assinarem o termo de consentimento por escrito, e também garantimos a todo o momento o direito de desistência da participação, assim como o completo anonimato. Esta pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, protocolo n. 2435/2012 e Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Governador Celso Ramos protocolo n. 001/2012.

Os sujeitos da pesquisa foram 41 pacientes atendidos na unidade de Urgência e Emergência que sofreram múltiplos traumas, durante o período de fevereiro a abril de 2012.

A coleta de dados ocorreu em quatro etapas bem definidas. A primeira etapa, o acolhimento da vítima que chegava a sala de reanimação através do atendimento pré-hospitalar (APH).

O segundo momento foi à passagem de plantão do APH pra o profissional responsável naquele plantão, nesse período era coletado histórico relativo à cinemática do trauma, tipo de ocorrência, sinais vitais no local da ocorrência.

A terceira etapa era a realização da anamnese e histórico do paciente pelas pesquisadoras levantando os dados relativos à integridade corporal do paciente.

O último momento era uma conversa com o mesmo quando se encontrava consciente e orientado, ou com o seu familiar e/ou responsável a respeito da pesquisa e assim assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A pesquisa em si, dividiu-se em três etapas analisadas da seguinte forma, a primeira etapa foi a de identificar as principais necessidades destes pacientes que sofreram múltiplos traumas. Para montar o banco de dados, foi utilizado o programa estatístico, Statistical Package for the Social Sciences SPSS® versão 17.

Na segunda etapa do processo, utilizou-se o raciocínio diagnóstico de Risner (1990), onde há uma subdivisão assim definida, análise e síntese. Na primeira, o material coletado é examinado de forma crítica e separado em partes. Sendo divididas em outras duas etapas, categorização dos dados, que são organizados, agrupados ou colocados de maneira lógica, sistematizada e podem ser embasados em diferentes modelos

Na etapa de síntese, o processo de raciocínio é realizado levando em consideração o agrupamento de dados, caracterizando o início dessa fase onde os dados relevantes são agrupados, comparados com teorias, modelos e/ou conceitos. São identificados desvios ou potencialidades de saúde (inferência ou hipótese). É definida como a etapa do julgamento clínico, pois se elaboram hipóteses diagnósticas, considerando as conclusões esboçadas. Neste estudo, após a coleta, foram relacionados os problemas apresentados dentro das características e fatores relacionados, individuais de cada paciente. Por último relacionando-os com os modelos definidos pela Taxonomia II da NANDA Internacional 2009-2011 (North American Nursing Diagnosis Association) sendo identificados os principais diagnósticos de risco, levando em consideração a situação de urgência em que se encontram, o tempo de permanência na unidade de emergência e os procedimentos iniciais a serem realizados.

Os resultados encontrados referem-se aos dados de 41 pacientes, durante a pesquisa foram encontrados 20 diagnósticos de risco de enfermagem. A tabela 1 mostra, segundo os domínios da classificação da NANDA-I, as frequências de pacientes que tiveram cada diagnóstico documentado.

Tabela 1 - Frequência de diagnóstico de risco segundo a Taxonomia II da NANDA em pacientes vítimas de múltiplos traumas, Florianópolis, 2012

Domínio		Categoria diagnóstica	Pacientes		
			N	N	% [∞]
Nutrição	20	Risco de glicemia instável	1	41	100
		Risco de desequilíbrio de eletrólitos	1	15	36,5
		Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	1	34	82,9
		Risco de função hepática prejudicada	1	6	14,6
Atividade/Repouso	35	Risco de síndrome do desuso	1	35	85,3
		Risco de choque	1	8	19,5
		Risco de perfusão renal ineficaz	1	41	100

		Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída	1	14	34
		Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz	1	21	51,2
		Risco de perfusão tissular gastrointestinal ineficaz	1	41	100
		Risco de sangramento	1	27	65,8
Percepção/Cognição	5	Risco de confusão aguda	1	15	36,5
Enfrentamento/Tolerância ao estresse	5	Risco de disreflexia autonômica	1	21	51,2
Segurança/Proteção	35	Risco de integridade da pele prejudicada	1	5	12
		Risco de disfunção neurovascular periférica	1	41	100
		Risco de sufocação	1	7	17,0
		Risco de trauma vascular	1	41	100
		Risco de desequilíbrio da temperatura corporal	1	33	80,4
		Risco de aspiração	1	10	24,3
		Risco de infecção	1	41	100
Total	100		20	41	100

*Total de diagnósticos no domínio sobre o total geral de diagnósticos (20).

∞ Proporção sobre o número total de pacientes (41).

Os diagnósticos mais frequentes foram: Risco de glicemia instável (41/100%), Risco de infecção (41/100%), Risco de disfunção neurovascular periférica (100%), Risco de perfusão tissular gastrointestinal ineficaz (41/100%), Risco de trauma vascular (41/100%), Risco de perfusão renal ineficaz (41/100%), Risco de síndrome do desuso (35/85,3%), Risco de desequilíbrio do volume de líquidos (34/82,9), Risco de desequilíbrio da temperatura

(33/80,4%), Risco de sangramento (27/65,8%), Risco de disreflexia autonômica (21/51,2%), Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz (21/51,2%).

Dos 13 domínios que compõem a Taxonomia II da NANDA-I e seus diagnósticos, sete domínios não foram registrados, são eles: Promoção da Saúde, Eliminação e troca, Autopercepção, Papéis e Relacionamentos, Sexualidade, Princípios da Vida, Conforto e Crescimento e Desenvolvimento, pois durante análise dos dados coletados, os respectivos pacientes não apresentaram fatores de risco que se relacionasse com os diagnósticos.

Os domínios de Percepção/Cognição (5%) e Enfrentamento e Tolerância ao estresse (5%) apareceram com menos frequência, ocorrendo ao menos uma vez em seu respectivo diagnóstico. Já os domínios de Nutrição (20%), Atividade/Repouso (35%) e Segurança/Proteção (35%) apareceram com maior frequência.

Os 12 diagnósticos mais frequentes: Risco de glicemia instável (41)100%, Risco de infecção (41)100%, Risco de desequilíbrio da temperatura (33) 80,41%, Risco de disfunção neurovascular periférica (41)100%, Risco de disreflexia autonômica (21) 51,2%, Risco de perfusão tissular gastrintestinal ineficaz (41) 100%, Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz (21) 51,2%, Risco de perfusão renal ineficaz (41) 100%, Risco de síndrome do desuso (35) 85,3%, Risco de desequilíbrio do volume de líquidos (34) 82,9%, Risco de trauma vascular (41) 100% e Risco de sangramento (27) 65,8%, são descritos a seguir com suas respectivas características definidoras e fatores relacionados, de acordo com o registro realizado durante o atendimento a vítima de múltiplos traumas.

Quadro 2 - Diagnósticos de Risco de Enfermagem mais frequentes com suas características definidoras e fatores relacionados, Florianópolis, 2012

Diagnóstico de enfermagem	Fator de risco
Risco de glicemia instável	Estado de saúde física Alimentação Estresse
Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	Lesão traumática Queimadura
Risco de Síndrome do desuso	Imobilização mecânica Dor intensa Imobilização prescrita
Risco de perfusão renal ineficaz	Hipovolemia Multitrauma Hipertensão

	Idade avançada Hipoxemia Queimadura
Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz	Trauma encefálico Hipertensão
Risco de disreflexia autonômica	Feridas Fraturas Estimulações cutâneas Edema
Risco de disfunção neurovascular periférica	Compressão mecânica Fraturas Trauma Imobilização Queimadura
Risco de trauma vascular	Fixação inadequada do cateter Largura do cateter Local de inserção Natureza da solução Tipo do cateter Velocidade de infusão
Risco de desequilíbrio da temperatura corporal	Trauma Extremo de idade
Risco de Infecção	Defesas primárias inadequadas Destruição de tecidos Trauma Procedimentos invasivos Doença crônica Exposição ambiental aumentada a patógenos
Risco de sangramento	Trauma

Optou-se por discutir aqueles que obtiveram frequências igual ou maior a cinquenta por centos (12), com o intuito de priorizar as intervenções de enfermagem, com base nos fatores de risco.

Quadro 3 - Diagnósticos de Risco de enfermagem e Intervenções, Florianópolis, 2012

Diagnóstico de enfermagem	Intervenções
Risco de infecção	<p>Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e locais de infecção;</p> <p>Monitorar vulnerabilidade a infecção;</p> <p>Monitorar a contagem absoluta de granulócitos, de glóbulos brancos e os resultados diferenciais;</p> <p>Seguir as precauções para neutropenia, quando apropriado;</p> <p>Limitar o número de visitas, quando apropriado;</p> <p>Manter assepsia do paciente;</p> <p>Providenciar cuidados adequados à pele em áreas edemaciadas;</p> <p>Examinar pele e as mucosas em busca de hiperemia, calor extremo ou drenagem;</p> <p>Examinar a condição de qualquer incisão cirúrgica/ferida;</p> <p>Promover ingestão nutricional adequada;</p> <p>Encorajar a ingestão de líquidos, quando adequada;</p> <p>Encorajar o repouso;</p> <p>Monitorar as mudanças no nível de energia/mal estar;</p> <p>Encorajar o aumento da mobilidade e do exercício, quando adequada;</p> <p>Encorajar a respiração e a tosse profundas, quando adequadas;</p> <p>Instruir o paciente tomar os antibióticos conforme prescrição médica;</p> <p>Orientar o paciente e a família sobre os sinais e sintomas de infecção;</p> <p>Orientar o paciente e a família sobre como evitar infecções.</p>
Risco de sangramento	Monitorar atentamente o paciente quanto ao

	<p>sangramento;</p> <p>Observar os níveis de hemoglobina/hematócrito antes e depois de perda de sangue, conforme indicado;</p> <p>Monitorar a ocorrência de sinais e sintomas de sangramento persistente;</p> <p>Monitorar os testes de coagulação, inclusive tempo de protombina (TP), tempo parcial de tromboplastina (TTP), fibronogênio, degradação da fibrina/produtos fragmentados da divisão e contagens plaquetárias, conforme apropriado;</p> <p>Monitorar os sinais vitais ortostáticos, inclusive a pressão sanguínea;</p> <p>Manter repouso no leito durante sangramento ativo;</p> <p>Administrar derivados do sangue, conforme prescrição médica;</p> <p>Orientar o paciente que deambula a usar sapatos;</p> <p>Proteger o paciente contra o trauma, que possa causar sangramento;</p> <p>Evitar injeções (IV, IM ou SC), quando possível;</p> <p>Orientar quanto à utilização de escova de dentes macia ou escovinha de limpeza para cuidado oral;</p> <p>Manter cuidados ao usar lâmina de barbear;</p> <p>Orientar o paciente a aumentar a ingestão de alimentos ricos em vitamina K;</p> <p>Evitar constipação;</p> <p>Orientar o paciente e/ou familiares sobre sinais de sangramento e ações apropriadas.</p>
Risco de glicemia instável	<p>Monitorar os níveis de glicose sanguínea conforme indicação;</p> <p>Monitorar o aparecimento de sinais e sintomas de hiperglicemia: poliúria, polidipsia, polifagia, fraqueza, mal-estar, embaçamento visual ou cefaleia;</p> <p>Monitorar níveis de gasometria arterial, eletrólitos</p>

	<p>e beta-hidroxibutirato, se possível;</p> <p>Monitorar pressão ortostática e pulso conforme indicação;</p> <p>Consultar médico diante de sinais e sintomas de hiperglicemia persistentes ou mostrando piora;</p> <p>Identificar possível causal de hipoglicemia;</p> <p>Identificar o paciente com risco de hipoglicemia;</p> <p>Determinar o reconhecimento de sinais e sintomas de hipoglicemia;</p> <p>Monitorar sinais e sintomas de hipoglicemia;</p> <p>Manter acesso intra venoso se apropriado;</p> <p>Manter vias aéreas desobstruídas se necessário;</p> <p>Proteger contra lesão, se necessário.</p>
<p>Risco de desequilíbrio na temperatura</p>	<p>Remover paciente do frio, colocando-o em ambiente aquecido;</p> <p>Remover as roupas frias e úmidas e substituí-las por roupas quentes e secas;</p> <p>Monitorar a temperatura do paciente que registre temperaturas baixas, se necessário;</p> <p>Monitorar o aparecimento de sintomas associados à hipotermia: fadiga, fraqueza, confusão, apatia, coordenação prejudicada, fala arrastada, tremores e mudança na cor da pele;</p> <p>Determinar os fatores que levam a episódio de hipotermia, perguntando sobre atividades recentes, como atividades pesadas em tempo frio e úmido, idoso que mora sozinho em ambiente frio e estado nutricional insatisfatório;</p> <p>Colocar em monitor cardíaco, se apropriado;</p> <p>Cobrir com cobertores aquecidos se adequado;</p> <p>Minimizar estímulos do paciente do para evitar precipitação de fibrilação ventricular;</p> <p>Administrar líquidos IV aquecidos (37° a 40°C), se apropriado;</p>

	<p>Monitorar cor e a temperatura da pele;</p> <p>Monitorar sinais vitais se apropriado;</p> <p>Monitorar a ocorrência de desequilíbrio de eletrólitos;</p> <p>Monitorar o estado respiratório.</p>
Controle de disreflexia	<p>Identificar e minimizar os efeitos capazes de precipitar disreflexia;</p> <p>Monitorar a ocorrência de sinais e sintomas de disreflexia autonômica;</p> <p>Colocar a cabeceira da na posição ereta, conforma apropriado, para reduzir a pressão sanguínea e promover o retorno venoso cerebral;</p> <p>Permanecer com o paciente e monitorar a ocorrência de estase venosa a cada três a cinco minutos caso ocorra hiperreflexia.</p>
Risco de disfunção neurovascular periférica	<p>Fazer avaliação completa da circulação periférica;</p> <p>Não iniciar terapia IV ou retirada de sangue na extremidade afetada;</p> <p>Evitar verificar a pressão sanguínea na área afetada;</p> <p>Evitar aplicar pressão ou torniquete às extremidades afetadas;</p> <p>Manter hidratação adequada para evitar o aumento da viscosidade do sangue;</p> <p>Evitar lesão na área afetada;</p> <p>Prevenir infecção nas feridas;</p> <p>Monitorar as extremidades quanto a áreas de calor, vermelhidão, dor ou edema.</p>
Risco de trauma vascular	<p>Verificar a prescrição para terapia IV;</p> <p>Orientar o paciente sobre o procedimento;</p> <p>Manter técnica asséptica rigorosa;</p> <p>Examinar solução quanto a tipo, quantidade, prazo de validade, caráter de solução e ausência de dano</p>

	<p>no recipiente;</p> <p>Observar os “cinco certos” antes de iniciar a infusão ou administração de medicação;</p> <p>Perfurar recipiente com equipo adequado;</p> <p>Administrar líquidos em temperatura ambiente ou conforme prescrição médica;</p> <p>Manter curativo oclusivo;</p> <p>Substituir dispositivo IV, o sistema e a solução de infusão a cada 48 a 72 horas, conforme o protocolo da instituição;</p> <p>Monitorar sinais vitais;</p> <p>Manter precauções universais.</p>
Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	<p>Atividades:</p> <p>Observar e manter acesso calibroso;</p> <p>Cooperar com os médicos para garantir a administração de cristaloides (p. ex: soro fisiológico e Ringer lactato) e coloides, conforme apropriado;</p> <p>Administrar líquidos endovenoso, conforme a prescrição;</p> <p>Monitorar resposta hemodinâmica;</p> <p>Monitorar a condição da oxigenação;</p> <p>Monitorar ocorrência de sobre carga hídrica;</p> <p>Monitorar a eliminação de vários líquidos corporais (p.ex., urina, drenagem nasogástrica e dreno torácico);</p> <p>Monitorar a ocorrência de manifestação de desequilíbrio de eletrólitos;</p> <p>Manter acesso endovenoso desobstruído;</p> <p>Administrar líquidos conforme prescrição médica;</p>
Risco de perfusão tissular renal ineficaz	<p>Atividades:</p> <p>Controlar de hemorragia;</p> <p>Monitorar sinais vitais, a pressão sanguínea</p>

	<p>ortostática, o estado mental e a eliminação urinária;</p> <p>Posicionar o paciente para uma perfusão excelente;</p> <p>Monitorar a oximetria de pulsos conforme apropriado;</p> <p>Administrar oxigênio e/ou ventilação mecânica conforme apropriado;</p> <p>Administrar líquidos intravenosos cristaloides e coloides, conforme apropriado;</p> <p>Monitorar função renal (p.ex., níveis de ureia, liberação de creatinina);</p>
Risco de síndrome do desuso	<p>Atividades:</p> <p>Controlar o ambiente e estimulação cognitiva;</p> <p>Administrar medicamentos;</p> <p>Suporte emocional;</p> <p>Prevenir de quedas;</p> <p>Orientar para realidade;</p> <p>Controlar a dor.</p>
Risco de perfusão tissular gastrointestinal disfuncional	<p>Atividades:</p> <p>Controlar de hemorragia;</p> <p>Monitorar sinais vitais, a pressão sanguínea ortostática, o estado mental e a eliminação urinária;</p> <p>Posicionar o paciente para uma perfusão excelente;</p> <p>Monitorar a oximetria de pulsos conforme apropriado;</p> <p>Administrar oxigênio e/ou ventilação mecânica conforme apropriado;</p> <p>Administrar líquidos intravenosos cristaloides e coloides, conforme apropriado;</p> <p>Manter via aérea desobstruída, se necessário;</p> <p>Monitorar os determinantes da distribuição de oxigênio aos tecidos (p.ex., níveis de PaO₂, SaO₂, hemoglobina e débito cardíaco), se possível;</p>

	<p>Monitorar a ocorrência de sinais de choque hipovolêmico (p.ex., pressão sanguínea diminuída, pulso filiforme rápido, aumento da frequência respiratória, sudorese, inquietação, pele fria e pegajosa);</p> <p>Monitorar a ocorrência de sinais e sintomas de sangramento persistente (p.ex., examinar todas as secreções quanto a sangue vivo oculto).</p>
--	---

DISCUSSÃO

Apesar da grande quantidade de diagnósticos de risco, optou-se nesse momento, por discutir as categorias diagnósticas que apresentaram frequência igual ou maior a 50%, com os respectivos fatores de risco.

O diagnóstico de risco de infecção (41/100%) é definido como “Risco aumentado de ser invadido por organismos patógenos” (NANDA-I, 2010, p.329), sendo as defesas primárias, destruição de tecidos, trauma, procedimentos invasivos (acesso venoso periférico, suturas), doenças crônicas e exposição ambiental aumentada a patógenos, os fatores de risco encontrados.

No trauma muitas vezes há rompimento do tecido epitelial, dificultando a chegada de nutrientes e oxigênio aos tecidos, facilitando a ocorrência de um processo infeccioso. Além dos procedimentos invasivos realizados na *sala de reanimação*, juntamente com as defesas primárias reduzida devido aos múltiplos traumas (GALDEANO, 2003).

A identificação dos principais fatores de risco envolvidos é papel do enfermeiro, esse processo de identificação é de suma importância, pois a intervenção direta e completa a esse paciente podem influenciar no seu bom prognóstico ou não. (BECKER; TEXEIRA; ZANETTI, 2008).

Inserido no domínio segurança e proteção o Risco de desequilíbrio na temperatura corporal (33/80,4%) é definido como “risco de não conseguir manter a temperatura corporal dentro dos parâmetros normais” (NANDA-I, 2010, p.369), devido ao trauma o paciente é exposto do para uma avaliação céfalo-caudal minuciosa, considerando que a unidade de urgência e emergência em questão, possui ar condicionado central, deixando muitas vezes o

ambiente interno com temperatura em torno dos 22-24°C, e o extremo de idade devido desaceleração do metabolismo, influenciam na regulação da temperatura.

A “variação dos níveis de glicose no sangue em relação aos parâmetros normais” (NANDA-I, 2010, p.103) (41/100%), relacionado ao estado de saúde física e ingestão de alimentos pode levar o paciente vítima de múltiplos traumas à uma glicemia instável, as variações da glicemia sérica podem ocorrer devido às alterações metabólicas ocasionadas pelo trauma, relacionada principalmente ao estresse (PIVOTO, et al, 2010).

O risco de desequilíbrio do volume de líquidos (34/82,9%) decorre devido a alterações hidroeletrólíticas, devido a sangramento ou perda de líquidos (vômito, diarreia) relacionados diretamente a lesões traumáticas e queimaduras, nesse período podem ocorrer a hipovolemia e a desidratação levando a uma perda de eletrólitos, diminuindo assim o volume intravascular (GALEANO, et al.2003).

O DE, Risco de disfunção neurovascular periférica (41/100%) é definido como “distúrbio na circulação, na sensibilidade ou no movimento de extremidade” (NANDA-I, 2010 p.341), acarretados por compressão mecânica, fraturas, imobilização, queimaduras e trauma, o tempo prolongado de imobilização pode levar esse paciente a uma trombose venosa profunda (TVP), vítimas de trauma que possuem trajetos varicosos possuem mais propensão a essa comorbidade, a imobilização também leva a presença de edema, diminuindo a circulação tecidual (SILVA; VIANA; VOLPATO, 2008).

Assegurar um acesso venoso periférico é uma das atribuições da equipe de enfermagem na *sala de reanimação*, o enfermeiro é responsável por assegurar que o procedimento foi realizado dentro da técnica.

O diagnóstico Risco de trauma vascular (41/100%) é definido, este tipo de trauma como “dano à veia e tecidos ao redor relacionados à presença de cateter e/ou soluções infundida” (NANDA-I, p.348, 2010).

O rompimento das camadas da pele proporciona um local de invasão microbiana, tornando o local propenso a infecções. Duração do tempo de inserção, fixação inadequada, largura do cateter, local de inserção, natureza da solução, tipo de cateter e velocidade da infusão são fatores que irão determinar a ocorrência de trauma vascular ou não.

De acordo com ARREGUY-SENA e CARVALHO (2008), há uma dificuldade de se classificar esses fatores de riscos citados acima, um dos exemplos mencionado pelos autores, a flebite possui várias origens, podendo ser mecânica (gotejamento ou atrito do cateter),

química em decorrência das drogas usadas em contato com a íntima dos vasos e origem bacteriana em decorrência da antissepsia inadequada.

Sendo assim o profissional o enfermeiro deve estar atendo a segurança e proteção desse paciente visto que o trauma vascular está relacionado ao outros diagnósticos de enfermagem consequentemente a outras comorbidades.

Pacientes vítimas de múltiplos traumas do presente estudo apresentaram, dor intensa, imobilização mecânica ou prescrita em ao menos um caso, esses fatores podem contribuir para uma deterioração dos sistemas do corpo, devido a imobilidade física prescrita ou inevitável causada por um trauma musculoesquelético (NANDA, 2010).

Em vítimas de traumas, principalmente de face, crânio, tórax e coluna vertebral, pode ocorrer a disreflexia autonômica, pois da base do crânio (região cervical) até a região lombossacra passa a medula espinhal, feridas fraturas, edema e estimulações cutâneas estão relacionado diretamente ao trauma nessa região, podem levar a uma resposta não inibida do sistema nervoso, pós-choque raquimedular em um individuo com lesão de medula espinhal, ou lesão em T6 ou acima (JÚNIOR, BRANDT, JUNIOR, 2006; NANDA-I, 2010).

O “Risco de redução da circulação gastrointestinal” (NANDA-I, 2010, p.168) é a definição do DE Risco de perfusão tissular gastrointestinal ineficaz, para Sallum, Santos e Lima (2012) este diagnóstico está relacionado ao risco de sangramento, mostrando o impacto da perda volêmica em decorrência do trauma, visando uma assistência, um controle dos fatores determinantes, a fim de prestar uma assistência adequada durante o atendimento.

Fatores como hipovolemia, hipertensão, hipoxemia, idade avançada, multitrauma e queimaduras, podem “contribuir na redução da circulação sanguínea para os rins, capaz de comprometer a saúde” (NANDA-I, 2010, p.164). A troca de nutrientes entre a célula e a má perfusão renal são fatores prejudicados, pela diminuição da oxigenação e nutrição dos tecidos a nível capilar (BISCA; MARQUES, 2010).

A Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) apresenta um conjunto de intervenções diretas ou indiretas, com foco não apenas no individuo, mas também na família, comunidade e no contexto em que estão inseridos. É a organização das ações designadas pelas atividades de enfermagem, a partir da avaliação das necessidades humanas básicas, e de seus grupos ou conjuntos, levando em consideração suas relações e determinações.

Para a seleção de uma intervenção devem ser levados em consideração seis fatores imprescindíveis: os resultados almejados, as características dos diagnósticos, pesquisa básica

para a intervenção, a viabilidade da ação, a adesão do paciente a terapêutica proposta, a capacidade do enfermeiro e equipe de desenvolvê-las, e de acordo também com os recursos materiais e humanos disponíveis (NIC, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou através de conhecimentos científicos embasar uma forma de sistematização para o atendimento do paciente vítima de múltiplos traumas de acordo com as características encontradas dentro do seu contexto.

Ao analisarmos estas características e identificarmos os diagnósticos de risco a que este paciente estava exposto, vimos a necessidade do levantamento de ações para que seja evitada as possíveis e as potenciais complicações deste quadro. Desta forma as intervenções de enfermagem, vem como uma forma de aplicação desta avaliação.

A precaução da ocorrência de novos danos é também uma ação de responsabilidade do enfermeiro e de sua equipe, otimizando e potencializando o cuidado com estes pacientes que já se encontra em uma situação de fragilidade. A prevenção é uma importante causa a ser levantada tanto no atendimento intra quanto extra hospitalar, pois reduz os danos e proporciona uma recuperação mais rápida e apropriada.

Os diagnósticos mais frequentes foram: Risco de glicemia instável (41/100%), Risco de infecção (41/100%), Risco de disfunção neurovascular periférica (100%), Risco de perfusão tissular gastrointestinal ineficaz (41/100%), Risco de trauma vascular (41/100%), Risco de perfusão renal ineficaz (41/100%), Risco de síndrome do desuso (35/85,3%), Risco de desequilíbrio do volume de líquidos (34/82,9), Risco de desequilíbrio da temperatura (33/80,4%), Risco de sangramento (27/65,8%), Risco de disreflexia autonômica (21/51,2%), Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz (21/51,2%).

São fatores que devem estar interligados, aplicados na prática do cotidiano da equipe de enfermagem e inseridos no contexto hospitalar. Sendo o enfermeiro o agente principal deste processo.

REFERÊNCIAS

1.ATLS. **Advanced Trauma Life Support**. Manual 7^a ed. American College of Surgeons. Chicago, Illinois, 2004.

2. ARREGUY-SENA, Cristina; CARVALHO, Emilia Campos. Risco para trauma vascular: proposta do diagnóstico e validação por peritos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília 2009 jan-fev; 62(1):71-8.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Acidentes de trânsito matam 1.862 em SC**. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/2955/162/acidentes-de-transito-matam-1.862-pessoas-em-sc.html>>. Acessado em: 20 de fevereiro, 2012.
4. BECKER, Tânia Alves C.; TEIXEIRA Carla Regina S.; ZANETTI, Maria Lúcia. Diagnósticos de enfermagem em pacientes diabéticos em uso de insulina. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília 2008 nov-dez; 61(6): 847-52.
5. BISCA, Mariane Muniz; Marques, Isaac Rosa. Perfil de diagnósticos de enfermagem antes de iniciar o tratamento hemodialítico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília 2010 maio-jun; 63(3): 435-9.
6. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. **Resolução nº 358/2009**, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 2009.
7. GALDEANO, Luzia Elaine; ROSSI, Lúcia Aparecida; NOBRE, Luciane Facio; IGNÁCIO, Daniela Sarreta. Diagnóstico de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca. **Revista Latino-am Enfermagem**. 2003 março-abril; 11(2):199-206.
8. JÚNIOR, BRANDT, JUNIOR. Capítulo 97: Politraumatismo. In: **Trauma Raquimedular**. vol. 1. 3ª ed. p 1237- 50.
9. NANDA I. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação – 2009 - 2011**. Porto Alegre: Artmed, 2010.
10. PERES, Heloísa Helena C.; CRUZ, Diná de Almeida L.M; LIMA, Antônio Fernandes C. Desenvolvimento de Sistema Eletrônico de Documentação Clínica de Enfermagem Estruturado em Diagnósticos, resultados e intervenção. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43. n. 3-b. p. 1149-55, 2009.
11. PIVOTO, Flavia L; LUNARDI, Wilson D. F; SANTOS, Silvia. S. C; ALMEIDA, Miriam; SILVEIRA, Rosemary. S. Diagnósticos de enfermagem em pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas. **Acta Paulista de Enfermagem**. 2010; 23(5):665-70.
12. RISNER, P. B. Diagnosis: analysis and synthesis of data. In: GRIFFITH-KENNEY, J.W.; CRISTENSEN, P. J. In: **Nursing Process: application of theories frameworks, and models**. 2ª ed. St. Louis: Mosby, 1990. p. 132-57.
13. SALLUM, Ana Maria C; SANTOS, Jair Lucia F.; LIMA, Fernão Dias de. Diagnósticos de enfermagem em vítimas fatais decorrentes de trauma no cenário da emergência. **Revista Latino-Americana. Enfermagem**. jan.-fev. 2012; 20(1):[08 telas].

- 14.SILVA, Fernando S; Viana, Marina F; VOLPATO, Marcia, P. Diagnósticos de enfermagem em pacientes internados pela clínica ortopédica em unidade médico-cirúrgica. **Revista Gaúcha Enfermagem**. Porto Alegre. 2008 dez; 29(4):565-72.
- 15.SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**, 10ª ed, São Paulo: Guanabara Koogan, 2010.
- 16.STEINMAN, Milton; FIGUEIREDO, Luiz F; JUNIOR, Amancio R. Capítulo 95: Politraumatismo. In: **Condutas com o paciente grave**. vol. 1. 3ª ed. p 1225- 34.
- 17.TRPPPEL, Thiago Christel; MEIER, Marineli Joaquim; CALIXTO, Riciano do Carmo; PERUZZO, Simone Aparecida; CROZETA, Karla. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília 2009 mar-abril; 62(2):221-7.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O paciente vítima de múltiplos traumas admitidos numa unidade de urgência e emergência requer cuidados diferenciados a fim de minimizar o trauma sofrido e com isso as suas sequelas.

Os resultados do presente estudo permitiu que as pesquisadoras conseguissem, levantar os principais diagnósticos de enfermagem e com isso detectar as principais intervenções para o cuidado integral desse paciente, chegando à conclusão que cada paciente possui sua peculiaridade, e que sempre devemos analisa-lo como um individuo em particular, não o generalizando. Contudo a amostra dessa pesquisa se deu em caráter reduzido por ser tratar de um trabalho de conclusão de curso, tendo assim período de tempo limitado para realizar a coleta de dados.

Destaca-se a necessidade de realizar uma assistência direta a esse paciente, promovidos por políticas públicas como a promoção da qualidade de vida dos usuários do serviço de atendimento as urgências e emergências de referência, buscando a universalidade, integralidade do atendimento da vítima de trauma/violência, do pré-hospitalar ao intra-hospitalar, lançados em 2002, na Portaria n° 2048/MS.

Destacando ainda o papel do enfermeiro em levar os principais problemas de saúde do paciente, diagnosticar e implementar as intervenções de enfermagem, essa pratica deveria ser registrada no prontuário através da SAE pautadas na resolução n° 358 de 2009/COREN.

Pudemos observar também que o número de estudos sobre diagnósticos e intervenções de Enfermagem para pacientes vítimas de múltiplos traumas é bastante escasso, fazendo-se necessárias mais investigações na temática.

Acima de tudo acredita-se que os resultados dessa pesquisa serão de grande valia tanto para a área acadêmica, quanto para área pratica, com o intuito de estimular novas pesquisas nessa área de suma importância.

O principal objetivo deste trabalho como já mencionado é levantar de que forma está sendo assistida a vítima politraumatizada dentro das instituições hospitalares, em especial o Hospital Governador Celso Ramos, fonte de estudo deste trabalho.

Um dos principais objetivos é levar ao conhecimento da direção ou órgão responsável, para que seja feito, e seguido o protocolo universal de trauma, fazendo que a unidade

hospitalar seja conceituada como referencia em atendimento poli traumatizado, trazendo assim fatores benéficos a população.

O estudo hoje conseguiu analisar algumas falhas dentro deste atendimento, estas falhas em si, ocorrem desde o momento do pré-hospitalar ao intra-hospitalar, pois para que seja feito um bom trabalho, e tenha-se um bom resultado, é de suma importância que a unidade hospitalar, saiba as características e reais situações da forma que foi encontrado a vítima, pois a cinemática do trauma é fator importantíssimo para a cura do vitimado, é através dela que o enfermeiro ou equipe médica vai analisar a melhor forma de tratar este paciente, e o mais importante evitar futuros danos ao mesmo.

Atenta-se de certa forma que muitas vezes a equipe da emergência hospitalar, não consegue obter das equipes de resgate em geral, dados suficientes para análise geral da vítima, ou por que a equipes precisam ir para outra ocorrência, ou por até mesmo pelas mesmas acharem a não necessidade de análise da cinemática, trazendo assim junto com a vítima, um grande transtorno e a equipe em geral, pois perder-se com isso tempo a mais com este paciente.

Para que o enfermeiro possa implementar as intervenções de enfermagem, este deve acima de tudo levantar a saúde do paciente e este somente vai conseguir realizar tal levantamento, se as equipes trabalharem de forma conjunta, espera-se assim com o referido trabalho, que possamos demonstrar o quanto é importante o seguimento de protocolos, pois os mesmo são utilizados para não só trazer benefícios aos pacientes em geral, mais a toda equipe que ali trabalha, pois com isso há organização, menos estafe e fará com que o trabalho se desenvolva de melhor forma.

REFERÊNCIAS

1. ATLS. **Advanced Trauma Life Support**. Manual 7^a ed. American College of Surgeons. Chicago, Illinois, 2004.
2. ARESCO, Carla A. In: **CUIDADOS CRÍTICOS DE ENFERMAGEM: uma abordagem holística**. Trauma. Rio de Janeiro, 2011. 9^a ed. p. 1409-37.
3. AVENA, Marta. Cap. Diagnóstico de enfermagem na terapia intravenosa. In: **terapia Intravenosa e infusões**. São Paulo: Editora Yendes, 2011.
4. BARBETA, Pedro Alberto; REIS, Marcelo Menezes; BORNIA, Antônio Cezar. **Estatística para Cursos de Engenharia e Informática**. 3^a ed. São Paulo: Editora Atlas, 2010.
- BEYAEA, S.C; NICOLL E.L.H. Writing an integrative review. **AORN J.** v. 67, n 4, p. 877-880, 1988.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Acidentes de transito matam 1.862 em SC**. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/2955/162/acidentes-de-transito-matam-1.862-pessoas-em-sc.html>>. Acessado em: 20 de fevereiro, 2012.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Acidentes de transito matam 1.862 em SC**. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/2955/162/acidentes-de-transito-matam-1.862-pessoas-em-sc.html>>. Acessado em: 20 de fevereiro, 2012.
7. BRASIL. Ministério da Ciência e Tecnologia. **Indicadores de Pesquisa & Desenvolvimento e Ciência & Tecnologia**. Brasília. 2000. Disponível em <ftp://ftp.mct.gov.br/Biblioteca/3367-Indicadores_pesquisa_desenvolvimento_ciencia_tecnologia.pdf> acesso em: 29 maio. 2012.
8. BRASIL - Conselho Nacional De Saúde. **Resolução n.196, 10 de outubro de 1996**. Disponível em: < <http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>>. Acesso em: 07 Fev. 2012.
9. BRASIL. Portaria GM/MS n° 737, de 16 de maio de 2001. Institui Política Nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.
10. BRASIL. Portaria GM/MS n° 2.048, de 5 de novembro de 2002. Institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Ministério da Saúde, 2002.
11. BRASIL. Lei n° 8. 069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Capítulo II; Casa Civil, Brasília, 1990.
12. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM-COFEN. Resolução n° 375/2011, de 22 de março de 2011. Dispõe sobre a presença do Enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar e Inter-Hospitalar, em situações de risco conhecido ou desconhecido. Brasília, 2011.

13. DOCHTERMAN, M. J. & BULECHEK, M. G. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. Artmed, 4ª ed. 2008.
14. FARO, Ana Cristina; TUANO, Vanessa Luiza. Trauma Raquimedular. In: **O Enfermeiro e as Situações de Emergência**. 2ª ed. p.389-01.
15. FERREIRA, Juliana Martins; SÁVIO, Bruna. **CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PÓS OPERATÓRIO DE CIRURGIA ELETIVA: proposta de intervenções, baseado em NANDA e NIC**. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.
16. HORTA, Wanda Aguiar. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.
17. JÚNIOR, Octacílio; CALIL, Ana Maria. Cap. 20 Trauma Abdominal. In: **Atuação no trauma: uma abordagem para enfermagem**. p. 329-45.
18. KNOBEL, Elias. **Condutas no paciente grave**. 4ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2011.
- MARTINS, Carlos Benedito. O ensino superior brasileiro nos anos 90. São Paulo: **Perspec**; 2000.
19. MELO, José Ruberto Tude; SILVA, Ricardo Araújo de; JUNIOR, Edson Duarte Moreira. **Características Dos Pacientes Com Trauma Cranioencefálico Na Cidade Do Salvador, Bahia, Brasil**. Revista Arq Neuropsiquiatria, v. 62, n.3-A, p.711-5, 2004.
20. MENDES, Karina Dal.Sasso, SILVEIRA Renata Cristina de Campos Pereira, GALVÃO Cristina Maria Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Text Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 4, n.17, p 758-764, out/dez 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>>. Acesso em: 10 maio. 2012.
21. MORITA, Ana Beatriz Pinto da Silva. **Estratégias de Ensino - Aprendizagem na enfermagem: análise pela escala de coma de Glasgow**. Guarulhos SP: Universidade de Guarulhos, 2006.
22. MORTON, Patrícia Gonce. et al. **Cuidados Críticos de Enfermagem: Uma Abordagem Holística**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. 1387 p.
23. NANDA I, **Diagnóstico de Enfermagem NANDA, Definições e classificações**, 2009-2011; Trad. GARCEZ, Regina M., São Paulo: Artmed, 2009.
24. NASSAR, Silvia Modesto; WRONSCKI, Vilson R.; OHIRA, M. **SEstatNet – Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web**. Florianópolis, SC. Disponível em: <<http://www.sestatnet.ufsc.br>>. Acesso em: 01 outubro a 15 novembro 2010.
25. PHTLS – **Pre hospital trauma life support**, NAEMT. Seventh edition. Elsevier.

26. PERES, Heloísa Helena C.; CRUZ, Diná de Almeida L. M; LIMA, Antônio Fernandes C. Desenvolvimento de Sistema Eletrônico de Documentação Clínica de Enfermagem Estruturado em Diagnósticos, resultados e intervenção. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43. n. 3-b. p. 1149-55, 2009.
27. RISNER, P. B. Diagnosis: analysis and synthesis of data. In: GRIFFITH-KENNEY, J. W.; CRISTENSEN, P. J. In: **Nursing Process: application of theories frameworks, and models**. 2^a ed. St. Louis: Mosby, 1990. p. 132-57.
28. SALEH, Carmen Mohamad R. Cap.19: Trauma torácico. IN: **Atuação no trauma: Uma abordagem para enfermagem**. p. 317-27.
29. SILVA, E. L. da; MENEZES, Estera Muszkat. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 4^a ed. Florianópolis: UFSC, 2005. 138 p. Disponível em: <www.posarq.ufsc.br/download/metPesq.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2012.
30. SMELTZER, Suzanne. C.; BARE, Brenda. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**, 10^a ed, São Paulo: Guanabara Koogan, 2010.
31. SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias; CARVALHO, Raquel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.
32. STEINMAN, Milton; FIGUEIREDO, Luiz F; JUNIOR, Amancio R. Capítulo 95: Politraumatismo. In: **Condutas com o paciente grave**. vol. 1. 3^a ed. p 1225- 34.
33. TRPPEL, Thiago Christel; MEIER, Marineli Joaquim; CALIXTO, Riciano do Carmo; PERUZZO, Simone Aparecida; CROZETA, Karla. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília 2009 mar-abril; 62(2): 221-7.
34. ZAMPIERI, Maria de Fátima. et al. **Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Mulher: Texto Fundamental**. v. 2, 2^a reimpressão. Florianópolis: UFSC/NFR/SBP, 2007.
35. WEBSTER, P. Evidence based practice – what is it and how can it be encouraged in orthopaedic nursing? **Journal of Orthopaedic Nursing**, v. 6, n. 3, p. 140–143, 2002.
36. WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Guidelines for essential trauma care**. London, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS

REGISTRO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE POLITRAUMATIZADO

IDENTIFICAÇÃO				
1.Nome: _____		2.Data de internação: __/__/__		
3.Data de nascimento: __/__/__		4.Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		
AVALIAÇÃO DOS SINAIS VITAIS				
5.Frequência Respiratória: Local: _____ r pm Hospital: _____ r pm Respiração espontânea: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	6.Frequência Cardíaca: Local: _____ bpm Hospital: _____ bpm	7.Pressão Arterial: Local: _____ mmHg Hospital: _____ mmHg	8.Temperatura: Local: _____ °C Hospital: _____ °C	9.Pele: Fria <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Morna <input type="checkbox"/> 10.Umidade: Úmida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/>
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA				
11.ESCALA DE COMA DE GLASGOW	Abertura ocular: 4 <input type="checkbox"/> Espontânea 3 <input type="checkbox"/> À voz 2 <input type="checkbox"/> À dor 1 <input type="checkbox"/> Nenhum	Melhor Resposta Verbal 5 <input type="checkbox"/> Orientado 4 <input type="checkbox"/> Confuso 3 <input type="checkbox"/> Palavras Inapropriadas 2 <input type="checkbox"/> Sons 1 <input type="checkbox"/> Nenhum	Melhor Resposta Motora 6 <input type="checkbox"/> Obedece comando 5 <input type="checkbox"/> Localiza a dor 4 <input type="checkbox"/> Flexão Normal 3 <input type="checkbox"/> Flexão Anormal 2 <input type="checkbox"/> Extensão à dor 1 <input type="checkbox"/> Nenhum	
	Glasgow total Hospital: _____ Glasgow total Transporte: _____			

12.PUPILAS	Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Midríaticas <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Média fixa <input type="checkbox"/>				
	Fotoreação: Pupila Direita <input type="checkbox"/> Pupila Esquerda <input type="checkbox"/>				
13.AMPLA					
Alérgico a algum medicamento? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		Utilizou algum tipo de droga ilícita nas últimas 4 horas? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		Ingeriu algum Líquido/ Alimento na última hora? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
Usa algum tipo de medicamento contínuo? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		Consumiu mais de 300 ml de álcool nas últimas 4 horas? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		Possui alguma doença crônica: Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Dpoc <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/>	
AVALIAÇÃO DE LESÕES					
14.CRÂNIO	() Fratura fechada () concussão () laceração () hemorragia () edema () Hematoma () Fratura exposta () Ferimento Arma Branca () Ferimento Arma Fogo () Afundamento de crânio () Outro: _____				
	() Traumatismo do globo ocular () Fratura de mandíbula () Fratura de maxilar () Ferimento Arma Branca () Ferimento Arma Fogo () concussão () laceração () hemorragia () edema () Hematoma () Queimadura () Fratura de ouvido () Laceração de ouvido () Fratura de Alvéolo Dentário () Fratura de Nariz () Outro: _____				
15.FACE					
16.TÓRAX	() Hemotorax () Pneumotorax () Torax Hipertensivo () Lesão de costela () Lesão de coluna				
	RHA () Presentes () Ausentes	Inspeção () Plano () Globoso () Distendido	Palpação () Flácido () Rígido () Dor a palpação () Esplenomegalia () Hepatomegalia () Blumberg	Percussão () Timpânico () Maciço	() Evisceração Aorta Abdominal: _____
17.ABDOMEN					
18.AVALIAÇÃO DE LESÕES EM MEMBROS SUPERIORES					
DIREITO	() Fratura () Luxação () Entorses () Ferimento () Hemorragia () Ferimento Arma Branca () Ferimento Arma Fogo () OUTRO: _____				
	() Fratura () Luxação () Entorses () Ferimento () Hemorragia () Ferimento Arma Branca () Ferimento Arma Fogo () OUTRO: _____				
ESQUERDO					
19.AVALIAÇÃO DE LESÕES EM MEMBROS INFERIORES					
() Fratura () Luxação () Entorses () Ferimento () Hemorragia () Ferimento Arma					

DIREITO	Branca () Ferimento Arma Fogo () OUTRO:_____		
	ESQUERDO	() Fratura () Luxação () Entorses () Ferimento () Hemorragia () Ferimento Arma Branca () Ferimento Arma Fogo () OUTRO:_____	
AValiação da Cinemática do Trauma			
20.Localização da vítima	21.Colisão contra	22.Tipo de colisão	23.Outros
<input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Caminhão <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Pedestre <input type="checkbox"/> Outro:_____	<input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Caminhão <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Pedestre <input type="checkbox"/> Veiculo parado <input type="checkbox"/> Poste <input type="checkbox"/> Muro/Mureta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Outro:_____	<input type="checkbox"/> Frontal <input type="checkbox"/> Traseira <input type="checkbox"/> Lateral <input type="checkbox"/> Transversal <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Tombamento <input type="checkbox"/> Queda de nível <input type="checkbox"/> Choque contra objetos <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Outro:_____	<input type="checkbox"/> Ferimento Arma Fogo <input type="checkbox"/> Ferimento Arma Branca <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Agressão <input type="checkbox"/> Queda de nível <input type="checkbox"/> Incêndio <input type="checkbox"/> Lesão órgão internos <input type="checkbox"/> Outro:_____

APÊNDICE 2



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL ESTADUAL GOVERNADOR CELSO RAMOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Universidade Federal de Santa Catarina, no Centro de Ciências da Saúde, do Departamento de Graduação em Enfermagem, na realização do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), representado nessa pesquisa pela Professora Doutora Enfermeira Kátia Cilene Godinho Bertencello, e pelas alunas da graduação em enfermagem Cibele D' Ávila Kramer Cavalcanti e Patrícia Ilha, estão realizando uma pesquisa intitulada **CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE VÍTIMA DE MÚLTIPLOS TRAUMAS: proposta de intervenções, baseado em NANDA e NIC**, que tem como objetivo identificar qual o perfil, da população atendida em um Hospital Estadual do Estado de Santa Catarina, que deram entrada na unidade de emergência através de um atendimento pré-hospitalar por um incidente traumático. E através de uma sistematização da assistência, buscar o cuidado adequado a essas pessoas.

Coleta de dados: será realizada através do instrumento formulado pelas acadêmicas, no qual se relacionam os itens de avaliação dos sinais vitais, sendo eles, frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial e temperatura, pois eles podem oferecer informações importantes sobre o estado físico e/ou emocional do sujeito, sendo assim, importante o conhecimento de como são controlados e suas relações intrínsecas (PUGGINA, SILVA, 2009).

Escala de Coma de Glasgow, é uma escala utilizada de instrumento para observação clínica dos pacientes com traumatismo crânio encefálico e/ou alterações de consciência, sendo uma forma de minimizar a variação entre os observadores, permitindo estudos comparativos, sobre as diferentes condutas, tendo um guia para estimar prognósticos. Na qual se avalia três parâmetros, abertura ocular, resposta verbal e motora, obtidos por vários estímulos, de espontâneos a dolorosos (MORITA, 2006).

Avaliação das pupilas, onde é observado o tamanho, simetria e reatividade da pupila à luz. Quando o sujeito apresenta alguma alteração destes aspectos, pode representar alteração do sistema neurológico, como o coma. Neste mesmo item ainda serão questionadas informações médicas íntimas como o consumo de drogas (CINTRA, NISHIDE, NUNES, 2002).

Avaliação das lesões é essencial para o enfermeiro a realização de um exame físico completo, sendo parte importante da avaliação, e tomada de conduta (SMELTZER; BARE, 2009).

E o tipo de ocorrência, a fim de avaliar o contexto em que o sujeito se encontra ou foi submetido, sendo importante também para o diagnóstico e avaliação do quadro (SALLUM, PARANHOS, 2010).

A partir do momento que o sujeito der entrada na emergência do Hospital Estadual Governador Celso Ramos, através de um serviço de Atendimento Pré Hospitalar (APH) sendo ele, bombeiro, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ou ambulâncias de empresas privadas, se iniciará a coleta, as informações respectivas ao item 1, serão coletadas através da passagem de plantão recebida pelos atendentes do APH.

Posteriormente através de um exame físico, realizado pelas acadêmicas, irão ser levantados os dados, condizentes às condições de integridade física e condição clínica do sujeito.

Após o consentimento do paciente ou responsável legal em caso de impossibilidade do mesmo, através do TCLE, de acordo com os aspectos éticos, onde estes serão solicitados somente após a alta do paciente da unidade de emergência. Pois no momento da admissão na unidade de emergência o paciente e familiar podem estar desconfortáveis, ou em estado de vulnerabilidade devido à situação vivenciada.

Seguido esse processo, os dados serão registrados no instrumento, em seguida armazenados no banco de dados do programa de análise, assim como os termos de TCLE que serão arquivados.

Você poderá interromper sua participação em qualquer momento, estando livre de danos em relação à desistência. Solicitamos sua autorização para a publicação dos dados relatados, destacando que será mantido o anonimato dos informantes e dos pacientes, bem como será preservada a imagem da instituição.

Agradecemos sua participação e/ou de seu familiar nessa pesquisa, assim como da sua autorização. **QUE SOLICITAMOS NESTE MOMENTO DE ALTA DESTA UNIDADE DE EMERGÊNCIA.**

Contato Tel: (48) 9628-5845- Patrícia Ilha.
(48) 9928-3775 – Cibebe Cavalcanti.

Nome do paciente e/ou representante legal:

Estou de acordo com a minha participação e/ou de meu familiar na pesquisa:

Assinatura do representante legal

Florianópolis, 2012

ANEXOS

ANEXO 1 – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA – UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 2435

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584 GR 99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

APROVADO

PROCESSO: 2435 **FR:** 482783

TÍTULO: CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE VÍTIMA DE MÚLTIPLOS TRAUMAS: diagnósticos e propostas de intervenções, baseados em NANDA e NIC

AUTOR: Kátia Cilene Godinho Bertoncello, CIBELE D'AVILA KRAMER CAVALCANTI, PATRÍCIA ILHA

FLORIANÓPOLIS, 10 de Fevereiro de 2012.


Coordenador do CEPSH/UFSC

Prof. Washington Portela de Souza
Coordenador do CEP/PRPe/UFSC

ANEXO 2- APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA – HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

PROTOCOLO Nº

2012/0001

DE: COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

DATA: 31/01/2012

PARA PESQUISADORES: KÁTIA CILENE GODINHO BERTONCELLO;
CIBELE D. K. CAVALCANTI;
PATRÍCIA ILHA

ASSUNTO: PARECER CONSUBSTANCIADO

PROJETO DE PESQUISA : Cuidados de enfermagem ao paciente vítima de múltiplos traumas: diagnósticos e propostas de intervenções, baseado em NANDA e NIC.

PARECER: Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, quantitativa, exploratório, descritivo e prospectivo com o objetivo de levantar os diagnósticos e intervenções de enfermagem, relacionando os pacientes vítimas de múltiplos traumas, atendidos em uma unidade de emergência de um hospital geral do Estado de Santa Catarina a partir do perfil traçado. Critérios de inclusão definidos e claros, cronograma e orçamento de acordo e TCLE de acordo com a Resolução 196/96 do CNS.

Diante do exposto classificamos o Projeto de Pesquisa como: **APROVADO.**

ORIENTAÇÕES GERAIS: Salientamos a necessidade de encaminhar ao CEP relatórios trimestrais com o andamento da pesquisa e, **ao término do trabalho, uma cópia impressa e uma em CD, com extensão.pdf (conversão de arquivo MS-Word para Acrobat Reader – PDF) entregues neste Comitê.**

As alterações no protocolo e notificações de eventos adversos, que possam trazer prejuízo aos sujeitos da pesquisa, devem ser comunicadas imediatamente ao CEP, para nova análise e devidas providências.


Carla Pauli

Coordenadora do CEP/HGCR

ANEXO 3- FICHA DE ATENDIMENTO DA POLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
8ª Superintendência - SC

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR



www.resgatesalvar.com.br

Dia/Mês/Ano: ____/____/____ Vtr.: ____ Nº de Comunicação ____

Nome: _____

Sexo: ☐ F ☐ M Data/nasc: ____/____/____ RG: _____

Nome da Mãe: _____

Fones de Contato: () _____ - () _____

Local da Ocorrência: BR: _____ Km: _____ Cidade: _____

HORÁRIOS	Hora	Minutos	Local
Acionamento			
Início do deslocamento			
Chegada à cena			
Chegada ao Hospital			
Saída do Hospital			

MEDIDA PUPILAR	
2	7
3	
4	8
5	9
6	

TIPO DE OCORRÊNCIA	ACIDENTE DE TRÂNSITO		EMERGÊNCIA MÉDICA	OUTROS
	Localização da vítima no momento do acidente	Colisão contra		
<input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Caminhão <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Pedestre <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Caminhão <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Pedestre <input type="checkbox"/> Veículo parado <input type="checkbox"/> Poste <input type="checkbox"/> Muro / Mureta <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Frontal <input type="checkbox"/> Traseira <input type="checkbox"/> Lateral <input type="checkbox"/> Transversal <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Tombamento <input type="checkbox"/> Queda de Nível <input type="checkbox"/> Choque contra Objeto <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrico <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Endocrinometabólica <input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Outras emergências médicas: _____	<input type="checkbox"/> Queda de Nível <input type="checkbox"/> Incêndio <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Obstétrico <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> Agressão <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Outros: _____

TRAUMAS	LEGENDAS		NÍVEL DE CONSCIENTIA
	Fraturas/Luxações/Entorses	Ferimento	
	<input type="checkbox"/> Trauma Penetrante <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> F.A.B. / F.A.F.	Abertura Ocular: 4 <input type="checkbox"/> Espontânea 3 <input type="checkbox"/> À voz 2 <input type="checkbox"/> À dor 1 <input type="checkbox"/> Nenhuma Melhor Resposta Verbal 5 <input type="checkbox"/> Orientado 4 <input type="checkbox"/> Confuso 3 <input type="checkbox"/> Palavras Inaprop. 2 <input type="checkbox"/> Sons 1 <input type="checkbox"/> Nenhuma Melhor Resposta Motora 6 <input type="checkbox"/> Obedece Comando 5 <input type="checkbox"/> Localiza Dor 4 <input type="checkbox"/> Flexão Normal 3 <input type="checkbox"/> Flexão Anormal 2 <input type="checkbox"/> Extensão à Dor 1 <input type="checkbox"/> Nenhuma GLASGOW TOTAL (3-15)

SINAIS VITAIS	B	Frequência Respiratória: Local: _____ rpm Transporte: _____ rpm
	C	Pulso Cardíaco: Local: _____ bpm Transporte: _____ bpm
	D	Pressão: Arterial Sistólica: _____ mmHg Arterial Diastólica: _____ mmHg
	E	SpO2: _____ % - Local _____ % - Transporte
	F	Pele: Temperatura _____ Umidade _____ <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Morna <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca

PROCEDIMENTOS	Coleta de Imobilização - HBS	Curativo em Queimadura
<input type="checkbox"/> Avaliação Geral <input type="checkbox"/> Desobstrução de Vias Aéreas <input type="checkbox"/> Canula Orofaríngea <input type="checkbox"/> Respiração Artificial <input type="checkbox"/> Reanimação Cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Limpeza Local do Ferimento <input type="checkbox"/> Imobilização <input type="checkbox"/> mmss <input type="checkbox"/> mmil <input type="checkbox"/> Tala <input type="checkbox"/> Flexível <input type="checkbox"/> Rígida <input type="checkbox"/> TTF	<input type="checkbox"/> Cobertor <input type="checkbox"/> Prancha Rígida Longa <input type="checkbox"/> Prancha Rígida Curta <input type="checkbox"/> Sistema de Fixação de Cabeça <input type="checkbox"/> Bandagem <input type="checkbox"/> Atadura de Crepe <input type="checkbox"/> Atadura Triangular <input type="checkbox"/> Colar Cervical <input type="checkbox"/> Curativo Simples <input type="checkbox"/> Curativo Oclusivo <input type="checkbox"/> Fixação em Prancha	<input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Oxigenioterapia _____ L/minuto <input type="checkbox"/> Outros: _____

--	--	--

HISTÓRICO DA CENA	Material retirado no hospital
-------------------	-------------------------------

DECLARAÇÃO DE RECUSA	Eu _____, portador do RG _____ assumo a inteira responsabilidade na recusa do atendimento pré-hospitalar oferecido pelos agentes da PRF, como também pelos socorristas voluntários, mesmo que isto traga maiores danos à minha saúde, insentando de qualquer responsabilidade a Polícia Rodoviária Federal e a Associação de Voluntários Resgate Salvar.
	Testemunhas: Nome: _____ RG: _____ Ass: _____
	Houve médico na cena? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Nome: _____ CRM: _____
	Policial Responsável: _____ Equipe: _____

Orgão Receptor
Recebi o paciente acima identificado
Nome, CRM, Assinatura, Carimbo